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

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

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

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

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

Art. 1º As políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

CAPÍTULO I
DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Seção I
Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde

Art. 2º São políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da Saúde:

I - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na forma do Anexo I;

II - Política Nacional de Vigilância em Saúde;

III - Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001;

IV - Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, na forma do Anexo II;

V - Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na forma do Anexo III;

VI - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, na forma do Anexo IV;

VII - Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), na forma do Anexo V.

Seção II
Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde

Art. 3º São políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde:

I - Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, na forma do Anexo VI;

II - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, na forma do Anexo VII;

III - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, na forma do Anexo VIII;

IV - Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), na forma do Anexo IX.

Seção III
Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais

Art. 4º São políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais:

I - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), na forma do Anexo X;

II - Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde;

III - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo XI;

IV - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM);

V - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, na forma do Anexo XII;

VI - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo XIII;

VII - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo XIV;

VIII - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, na forma do Anexo XV;

IX - Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, na forma do Anexo XVI;

X - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, na forma do Anexo XVII;

XI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, na forma do Anexo XVIII.

Seção IV
Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

Art. 5º São políticas de promoção da equidade em saúde:

I - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo XIX;

II - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), na forma do Anexo XX;

III - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, na forma do Anexo XXI.

CAPÍTULO II
DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I
Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde

Art. 6º São políticas gerais de organização da atenção à saúde:

I - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na forma do Anexo XXII;

II - Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), instituída por pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 12 de fevereiro de 2004;

III - Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, na forma do Anexo XXIII;

IV - Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), na forma do Anexo XXIV;

V - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), na forma do Anexo XXV;

VI - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, na forma do Anexo XXVI;

VII - Política Nacional de Medicamentos (PNM), na forma do Anexo XXVII;

VIII - Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), instituída pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, na forma do Anexo XXVIII.

Seção II
Das Políticas de Atenção a Agravos Específicos

Art. 7º São políticas de atenção a agravos específicos:

I - Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, na forma do Anexo XXIX;

II - Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, na forma do Anexo XXX;

III - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, na forma do Anexo XXXI;

IV - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, na forma do Anexo XXXII;

V - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, na forma do Anexo XXXIII;

VI - Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, na forma do Anexo XXXIV;

VII - Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO), na forma do Anexo XXXV;

VIII - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, na forma do Anexo XXXVI;

IX - Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, na forma do Anexo XXXVII;

X - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, na forma do Anexo XXXVIII.

CAPÍTULO III
DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 8º São políticas de organização do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), na forma do Anexo XXXIX;

II - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na forma do Anexo XL;

III - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004;

IV - Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, na forma do Anexo XLI;

V - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), na forma do Anexo XLII.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 2446/GM/MS, de 11 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de novembro de 2014, p. 68;

II - Portaria nº 227/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de fevereiro de 2016, p. 25;

III - Portaria nº 3796/GM/MS, de 6 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de dezembro de 2010, p. 43;

IV - Portaria nº 1608/GM/MS, de 3 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de agosto de 2004, p. 28;

V - Portaria nº 2715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de novembro de 2011, p. 89;

VI - Portaria nº 1920/GM/MS, de 5 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de setembro de 2013, p. 64;

VII - Portaria nº 2193/GM/MS, de 14 de setembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de setembro de 2006, p. 47;

VIII - Portaria nº 2415/GM/MS, de 12 de dezembro de 1996, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 1996, p. 96;

IX - Portaria nº 1793/GM/MS, de 11 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2009, p. 88;

X - Portaria nº 1102/GM/MS, de 12 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de maio de 2010, p. 59;

XI - Portaria nº 2761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2013, p. 62;

XII - Portaria nº 1256/GM/MS, de 17 de junho de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de junho de 2009, p. 41;

XIII - Portaria nº 149/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de fevereiro de 2016, p. 45;

XIV - Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de maio de 2001, p. 3;

XV - Portaria nº 1876/GM/MS, de 14 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de agosto de 2006, p. 65;

XVI - Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de maio de 2013, p. 129;

XVII - Portaria nº 1472/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de junho de 2011, p. 119;

XVIII - Portaria nº 558/GM/MS, de 24 de março de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de março de 2011, p. 83;

XIX - Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de maio de 2013, p. 135;

XX - Portaria nº 1130/GM/MS, de 5 de agosto de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de agosto de 2015, p. 37;

XXI - Portaria nº 1968/GM/MS, de 25 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2001, p. 86;

XXII - Portaria nº 1683/GM/MS, de 12 de julho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de julho de 2007, p. 84;

XXIII - arts. 4º a 12, 15 e 16 da Portaria nº 1153/GM/MS, de 22 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de maio de 2014, p. 43;

XXIV - Portaria nº 1058/GM/MS, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de julho de 2005, p. 41;

XXV - Portaria nº 964/GM/MS, de 23 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de junho de 2005, p. 74;

XXVI - Portaria nº 1258/GM/MS, de 28 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de junho de 2004, p. 27;

XXVII - Portaria nº 2261/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de novembro de 2005, p. 70;

XXVIII - Portaria nº 2528/GM/MS, de 19 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de outubro de 2006, p. 142;

XXIX - Portaria nº 280/GM/MS, de 7 de abril de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 1999, p. 14;

XXX - Portaria nº 1944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de agosto de 2009, p. 61;

XXXI - Portaria nº 1060/GM/MS, de 5 de junho de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2002, p. 21;

XXXII - Portaria nº 254/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de fevereiro de 2002, p. 46;

XXXIII - Portaria nº 70/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2004, p. 54;

XXXIV - Portaria nº 2759/GM/MS, de 25 de outubro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2007, p. 60;

XXXV - Portaria nº 69/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2004, p. 54;

XXXVI - Portaria nº 645/GM/MS, de 27 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2006, p. 70;

XXXVII - Portaria nº 1823/GM/MS, de 23 de agosto de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de agosto de 2012, p. 46;

XXXVIII - arts. 1º a 7º, 9º a 11 da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 46;

XXXIX - Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 48;

XL - Portaria nº 3305/GM/MS, de 24 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2009, p. 28;

XLI - Portaria nº 1082/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 60;

XLII - arts. 3º a 6º da Portaria nº 1083/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 62;

XLIII - arts. 1º a 3º, 6º, 8º, 9º e 13 da Portaria nº 482/GM/MS, de 1 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de abril de 2014, p. 48;

XLIV - Portaria nº 2613/GM/MS, de 19 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2012, p. 25;

XLV - Portaria nº 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de janeiro de 2014, p. 37;

XLVI - Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de maio de 2009, p. 31;

XLVII - art. 1º da Portaria nº 2629/GM/MS, de 27 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2014, p. 131;

XLVIII - Portaria nº 1063/GM/MS, de 23 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2015, p. 39;

XLIX - Portaria nº 2866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de dezembro de 2011, p. 93;

L - Portaria nº 3071/GM/MS, de 27 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2012, p. 109;

LI - Portaria nº 2836/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 35;

LII - Portaria nº 2837/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 36;

LIII - arts. 1º a 12, 15 e 16 da Portaria nº 2803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de novembro de 2013, p. 25;

LIV - Portaria nº 2436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de setembro de 2017, p. 68;

LV - Portaria nº 2887/GM/MS, de 20 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de dezembro de 2012, p. 747;

LVI - Portaria nº 3124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2012, p. 223;

LVII - Portaria nº 837/GM/MS, de 9 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de maio de 2014, p. 24;

LVIII - Portaria nº 1591/GM/MS, de 23 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2012, p. 31;

LIX - Portaria nº 1377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de junho de 2011, p. 45;

LX - Portaria nº 3147/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2012, p. 231;

LXI - Portaria nº 1007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2010, p. 36;

LXII - Portaria nº 3238/GM/MS, de 18 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de dezembro de 2009, p. 61;

LXIII - Portaria nº 1044/GM/MS, de 1 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de junho de 2004, p. 42;

LXIV - Portaria nº 852/GM/MS, de 7 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2005, p. 72;

LXV - Portaria nº 1955/GM/MS, de 23 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de agosto de 2006, p. 80;

LXVI - Portaria nº 3390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 54;

LXVII - Portaria nº 582/GM/MS, de 20 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de junho de 2000, p. 36;

LXVIII - Portaria nº 44/GM/MS, de 10 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de janeiro de 2001, p. 27;

LXIX - Portaria nº 3410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de janeiro de 2014, p. 21;

LXX - Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de maio de 2006, p. 20;

LXXI - Portaria nº 1600/GM/MS, de 17 de julho de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de julho de 2006, p. 65;

LXXII - Portaria nº 849/GM/MS, de 27 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de março de 2017, p. 68;

LXXIII - Portaria nº 1559/GM/MS, de 1 de agosto de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de agosto de 2008, p. 48;

LXXIV - Portaria nº 2309/GM/MS, de 19 de dezembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de dezembro de 2001, p. 339;

LXXV - Portaria nº 3916/GM/MS, de 30 de outubro de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 1998, p. 18;

LXXVI - Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2012, p. 96;

LXXVII - Portaria nº 4004/GM/MS, de 16 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2010, p. 109;

LXXVIII - Portaria nº 4283/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2010, p. 94;

LXXIX - Portaria nº 736/GM/MS, de 2 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2014, p. 38;

LXXX - Portaria nº 3031/GM/MS, de 16 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2008, p. 66;

LXXXI - Portaria nº 1000/GM/MS, de 13 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de abril de 2017, p. 29;

LXXXII - Portaria nº 1653/GM/MS, de 11 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2004, p. 53;

LXXXIII - Portaria nº 1652/GM/MS, de 11 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2004, p. 52;

LXXXIV - Portaria nº 834/GM/MS, de 14 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de maio de 2013, p. 34;

LXXXV - Portaria nº 2928/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de dezembro de 2011, p. 65;

LXXXVI - arts. 1º, 2º, 5º a 13, 15 a 17 da Portaria nº 1555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 71;

LXXXVII - arts. 1º a 17, 22 a 65, 80 a 84 da Portaria nº 1554/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 69;

LXXXVIII - Portaria nº 962/GM/MS, de 22 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de maio de 2013, p. 62;

LXXXIX - Portaria nº 426/GM/MS, de 22 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de março de 2005, p. 22;

XC - Portaria nº 1169/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 57;

XCI - Portaria nº 1161/GM/MS, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2005, p. 35;

XCII - Portaria nº 1168/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 56;

XCIII - Portaria nº 221/GM/MS, de 15 de fevereiro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2005, p. 22;

XCIV - Portaria nº 1883/GM/MS, de 14 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de julho de 2010, p. 71;

XCV - Portaria nº 2387/GM/MS, de 19 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de setembro de 2017, p. 56;

XCVI - Portaria nº 957/GM/MS, de 15 de maio de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de maio de 2008, p. 43;

XCVII - Portaria nº 1391/GM/MS, de 16 de agosto de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de agosto de 2005, p. 40;

XCVIII - Portaria nº 81/GM/MS, de 20 de janeiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de janeiro de 2009, p. 50;

XCIX - arts. 1º a 21, 28 a 38, 38-A, 39 a 43 da Portaria nº 199/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de fevereiro de 2014, p. 44;

C - Portaria nº 3027/GM/MS, de 26 de novembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de novembro de 2007, p. 45;

CI - Portaria nº 598/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2006, p. 51;

CII - Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2004, p. 37;

CIII - arts. 1º a 16, 20 a 22 da Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de agosto de 2007, p. 34;

CIV - Portaria nº 1055/GM/MS, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 6 de julho de 2005, p. 29;

CV - Portaria nº 1325/GM/MS, de 27 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 28 de maio de 2010, p. 51;

CVI - Portaria nº 827/GM/MS, de 5 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de maio de 2004, p. 32;

CVII - Portaria nº 174/GM/MS, de 27 de janeiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 2006, p. 75;

CVIII - Portaria nº 1578/GM/MS, de 29 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de setembro de 2015, p. 63;

CIX - Portaria nº 2690/GM/MS, de 5 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de novembro de 2009, p. 61;

CX - Portaria nº 589/GM/MS, de 20 de maio de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de maio de 2015, p. 72.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO I

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Origem: PRT MS/GM 2446/2014)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Art. 2º A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saude (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 2º)

Art. 3º São valores fundantes no processo de efetivação da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º)

I - a solidariedade, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, I)

II - a felicidade, enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, II)

III - a ética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, III)

IV - o respeito às diversidades, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, IV)

V - a humanização, enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, V)

VI - a corresponsabilidade, enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VI)

VII - a justiça social, enquanto necessidade de alcançar repartição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos, de modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com oportunidades de desenvolvimento; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VII)

VIII - a inclusão social, que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VIII)

Art. 4º A PNPS adota como princípios: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º)

I - a equidade, quando baseia as práticas e as ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, I)

II - a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, II)

III - a autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, III)

IV - o empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, IV)

V - a intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, V)

VI - a intrassetorialidade, que diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VI)

VII - a sustentabilidade, que diz respeito à necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VII)

VIII - a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VIII)

IX - a territorialidade, que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, IX)

Art. 5º São diretrizes da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º)

I - o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, I)

II - o fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, II)

III - incentivo à gestão democrática, participativa e transparente, para fortalecer a participação, o controle social e a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, III)

IV - ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, IV)

V - estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, V)

VI - apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VI)

VII - incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VII)

VIII - organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VIII)

Art. 6º A PNPS tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 6º)

Art. 7º São objetivos específicos da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º)

I - estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na RAS, articulada às demais redes de proteção social; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, I)

II - contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, II)

III - favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade e o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, III)

IV - promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, IV)

V - apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem viver; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, V)

VI - valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VI)

VII - promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VII)

VIII - promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), para trabalhadores, gestores e cidadãos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VIII)

IX - estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, IX)

X - estimular a pesquisa, produção e difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, X)

XI - promover meios para a inclusão e qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e inquéritos, permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XI)

XII - fomentar discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XII)

XIII - contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrassetoriais com as agendas nacionais e internacionais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XIII)

Art. 8º São temas transversais da PNPS, entendidos como referências para a formação de agendas de promoção da saúde, para adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º)

I - Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade, que significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, I)

II - desenvolvimento sustentável, que se refere a dar visibilidade aos modos de consumo e produção relacionados com o tema priorizado, mapeando possibilidades de intervir naqueles que sejam deletérios à saúde, adequando tecnologias e potencialidades de acordo com especificidades locais, sem comprometer as necessidades futuras; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, II)

III - produção de saúde e cuidado, que representa a incorporação do tema na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber popular, tradicional e científico, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde, significando, também, a vinculação do tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, III)

IV - ambientes e territórios saudáveis, que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, IV)

V - vida no trabalho, que compreende a interrelação do tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os setores primário, secundário e terciário da economia, considerando os espaços urbano e rural, e identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, V)

VI - cultura da paz e direitos humanos, que consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, VI)

Art. 9º São Eixos Operacionais da PNPS, entendidos como estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando-se valores, princípios, diretrizes e objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º)

I - territorialização, enquanto estratégia operacional: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I)

a) reconhece a regionalização como diretriz do SUS e como eixo estruturante para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e para organizar a RAS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, a)

b) considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, b)

c) observa as pactuações interfederativas, a definição de parâmetros de escala e acesso e a execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções, ampliando as ações de promoção à saúde e contribuindo para fortalecer identidades regionais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, c)

II - articulação e cooperação intra e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, II)

III - RAS, enquanto estratégia operacional necessita: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III)

a) transversalizar a promoção na RAS, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III, a)

b) articular com as demais redes de proteção social, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III, b)

IV - participação e controle social, que compreende a ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, IV)

V - gestão, entendida como a necessidade de priorizar os processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, V)

VI - educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VI)

VII - vigilância, monitoramento e avaliação, enquanto uso de múltiplas abordagens na geração e análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais, visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VII)

VIII - produção e disseminação de conhecimentos e saberes, enquanto estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VIII)

IX - comunicação social e mídia, enquanto uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, IX)

Art. 10. São temas prioritários da PNPS, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas e compatíveis com o Plano Nacional de Saúde, pactos interfederativos e planejamento estratégico do Ministério da Saúde, bem como acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro, em permanente diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10)

I - formação e educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e incluí-la nos espaços de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, I)

II - alimentação adequada e saudável, que compreende promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, II)

III - práticas corporais e atividades físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, III)

IV - enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, IV)

V - enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, V)

VI - promoção da mobilidade segura, que compreende: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI)

a) buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, a)

b) orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e demais setores envolvidos, além da sociedade, visando definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, b)

c) avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e a paz no trânsito. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, c)

VII - promoção da cultura da paz e de direitos humanos, que compreende promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos, para o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, articulando a RAS com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura de paz; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VII)

VIII - promoção do desenvolvimento sustentável, que compreende promover, mobilizar e articular ações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários, como cidades, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros, permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde em articulação com os demais temas prioritários. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VIII)

Art. 11. Compete às esferas federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais do SUS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11)

I - divulgar a PNPS, fortalecendo seus valores e princípios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, I)

II - estabelecer parcerias, promovendo a articulação intersetorial e intrassetorial; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, II)

III - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde com base nos valores, princípios e diretrizes da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, III)

IV - fomentar normas e regulamentos para o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável em ambientes, comunidades, municípios e territórios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, IV)

V - fortalecer a participação e o controle social e as instâncias de gestão democrática e participativa, enquanto mecanismo de implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, V)

VI - construir mecanismos de identificação das potencialidades e das vulnerabilidades para subsidiar o fortalecimento da equidade; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VI)

VII - definir prioridades, objetivos, estratégias e metas nas instâncias colegiadas e intergestores para implementação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VII)

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VIII)

IX - promover a alocação de recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, IX)

X - promover o intercâmbio de experiências e o desenvolvimento de estudos e pesquisas que visem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados para a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, X)

XI - desenvolver estratégias e mecanismos organizacionais de qualificação e valorização da força de trabalho da saúde, estimulando processos de formação e educação permanente voltados para a efetivação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XI)

XII - estimular as iniciativas e ações de promoção de saúde, bem como a produção de dados e divulgação de informações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XII)

XIII - incluir a promoção da saúde nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde em conformidade com os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, para implementação da PNPS, considerando as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XIII)

XIV - articular a inserção das ações voltadas à promoção da saúde nos sistemas de informação do SUS e outros; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XIV)

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e sociedade civil, para o fortalecimento da promoção da saúde no País. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XV)

Art. 12. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12)

I - promover a articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, I)

II - pactuar na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) os temas prioritários e o financiamento da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, II)

III - apoiar a implementação da PNPS, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, III)

IV - viabilizar mecanismos para cofinanciamento de planos, projetos e programas de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, V)

VI - apresentar no Conselho Nacional de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VI)

VII - institucionalizar e manter em funcionamento o Comitê da PNPS, em conformidade com os seus princípios e diretrizes; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VII)

VIII - realizar apoio institucional às Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, visando à implantação, implementação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VIII)

IX - apoiar e produzir a elaboração de materiais de divulgação, visando socializar informações e ações de promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, IX)

X - estimular, monitorar e avaliar os processos, programas, projetos e ações de promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, X)

Art. 13. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13)

I - promover a articulação com os municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, I)

II - pactuar nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR) as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, II)

III - implantar e implementar a PNPS na RAS, no âmbito de seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo adequações às especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, III)

IV - apresentar no Conselho Estadual de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde nos Planos Plurianual e Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, V)

VI - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VI)

VII - realizar apoio institucional às secretarias municipais e regiões de saúde no processo de implantação, implementação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VII)

VIII - realizar o monitoramento e avaliação de programas, projetos e ações de promoção da saúde no âmbito estadual e distrital; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VIII)

IX - apoiar e elaborar materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, IX)

X - promover cooperação, espaços de discussão e trocas de experiências e conhecimentos sobre a promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, X)

XI - apoiar e promover a execução de programas, planos, projetos e ações relacionadas com a promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, XI)

Art. 14. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14)

I - promover a articulação intra e intersetorial para apoio à implantação e implementação da PNPS no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, I)

II - implantar e implementar a PNPS no âmbito do seu território, respeitando as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, II)

III - pactuar nas CIB e CIR as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, III)

IV - apresentar no Conselho Municipal de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, V)

VI - destinar recursos orçamentários e financeiros para realização das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VI)

VII - prestar apoio institucional aos gestores e trabalhadores no processo de implantação, implementação, qualificação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VII)

VIII - promover e realizar a educação permanente dos trabalhadores do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VIII)

IX - identificar e promover canais de participação no processo decisório para o desenvolvimento e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, IX)

X - promover a participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, X)

XI - identificar, articular e apoiar a troca de experiências e conhecimentos referentes às ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XI)

XII - participar do processo de monitoramento, avaliação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XII)

XIII - elaborar materiais educativos visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XIII)

XIV - apoiar e promover, de forma privilegiada, a execução de programas, planos, projetos e ações diretamente relacionadas à promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XIV)

Art. 15. À Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF) competem as atribuições reservadas às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 15)

Art. 16. O financiamento dos temas prioritários da PNPS e seus planos operativos serão objeto de pactuação prévia na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 16)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Art. 17. Fica instituído o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS). (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 1º)

Art. 18. Compete ao CGPNPS: (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º)

I - consolidar a implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, I)

II - coordenar a implementação da PNPS no Sistema Único de Saúde (SUS) em articulação com os demais setores governamentais e não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, II)

III - consolidar as agendas de promoção da saúde em consonância com as políticas, as prioridades e os recursos das instituições participantes e com o Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, III)

IV - promover a integração das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS, no contexto dos instrumentos institucionais de planejamento e gestão; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, IV)

V - incentivar e apoiar a inclusão de temas sobre a Promoção da Saúde na elaboração de projetos e planos locais de acordo com os valores e princípios, os objetivos, as diretrizes, os temas transversais e os eixos operacionais da PNPS, no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, respeitando os instrumentos instituídos de planejamento e gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, V)

VI - monitorar e avaliar as estratégias de implantação e implementação da PNPS e seu impacto na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VI)

VII - viabilizar parcerias com organismos internacionais com o objetivo de promover articulação e intercâmbio entre países para fortalecimento da PNPS; e (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VII)

VIII - desenvolver outras ações que visem ao fortalecimento da PNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VIII)

Art. 19. O CGPNPS será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º)

I - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, I)

II - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, II)

III - 3 (três) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, III)

IV - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante da Secretária-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XIII)

XIV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XIV)

XV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); e (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XVI)

XVII - 1 (um) representante do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XVII)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados formalmente pelos dirigentes de seus respectivos órgãos à Coordenação do CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes poderão ser substituídos a qualquer tempo, desde que formalizada a solicitação à Coordenação do CGPNPS, devendo a cada ano ser confirmada a indicação ou substituição. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º As entidades de que trata os incisos XV a XVII serão convidadas a indicar representantes para compor o CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O CGPNPS poderá convidar servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, de outros órgãos da Administração Pública Federal, de entidades não governamentais, organismos internacionais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, além dos indicados no "caput", cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento das funções atribuídas ao CGPNPS, mediante consulta prévia à Coordenação do CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 4º)

Art. 20. O CGPNPS reunir-se-á, ordinariamente, com regularidade bimestral e, extraordinariamente, por iniciativa de qualquer um dos membros junto à Coordenação do CGPNPS, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data proposta para a realização da reunião. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 4º)

Art. 21. O CGPNPS poderá propor a criação de Grupos de Trabalho (GT), instituídos por meio de atos do Ministro de Estado da Saúde, para assessorá-lo com temas afetos à Promoção da Saúde, por meio de consolidação e implementação da PNPS, bem como acompanhamento das suas implementações, e emissão de pareceres e relatórios para subsidiar as atividades do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º)

§ 1º Os GT, ao finalizarem os trabalhos, deverão enviar relatórios ou pareceres, de acordo com a solicitação do CGPNPS, para aprovação e, posteriormente, divulgá-los. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os GT serão compostos por até 5 (cinco) representantes do CGPNPS e poderão convidar especialistas, representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde e de outros Ministérios, assim como representantes de outras entidades, instituições e movimentos sociais, de acordo com suas necessidades e especificidades. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º, § 2º)

Art. 22. As funções desempenhadas no âmbito do CGPNPS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 6º)

Art. 23. Os debates ocorridos nas reuniões do CGPNPS deverão ser consubstanciados em atas com ampla divulgação no âmbito da saúde. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 7º)

ANEXO II

Regulamento da Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Origem: PRT MS/GM 3796/2010)

Art. 1º Fica regulamentada a Política de Saúde Mental, observado o disposto neste Anexo.

CAPÍTULO I

DO COLEGIADO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL

Art. 2º Fica instituído o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, de caráter consultivo, com a finalidade de: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º)

I - assessorar o Ministério da Saúde na condução da Política Nacional de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, I)

II - propor mecanismos de avaliação e monitoramento dessa Política; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, II)

III - elaborar relatórios técnicos sobre situações complexas que necessitam de intervenção da gestão; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, III)

IV - analisar e propor as atualizações necessárias para as normas técnicas e as diretrizes do Ministério da Saúde sobre saúde mental e atenção integral em álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, IV)

V - contribuir para ampliar a interlocução da gestão da política de saúde com as organizações da sociedade civil, das entidades científicas e profissionais, e das políticas intersetoriais. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, V)

Art. 3º O Colegiado Nacional terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): 1 (um) representante: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I)

a) Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental/DAPES, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I, a)

II - Coordenadores Estaduais de Saúde Mental: 27 (vinte e sete) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, II)

III - Coordenadores de Saúde Mental de Capitais: 26 (vinte e seis) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, V)

VI - Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS): 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VI)

VII - Conselho Nacional de Saúde: 1 (um) representante observador; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VII)

VIII - Secretaria de Direitos Humanos: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VIII)

IX - Ministério da Justiça e Segurança Pública: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IX)

X - Economia Solidária/Ministério do Trabalho: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, X)

XI - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XI)

XII - Ministério da Cultura: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XII)

XIII - Ministério da Educação: 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XIII)

Art. 4º O Colegiado poderá, a seu critério, constituir câmaras técnicas transitórias ou permanentes, para atender aos objetivos do art. 2º, bem como convidar consultores para temas específicos, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 3º)

Art. 5º O Colegiado poderá realizar reuniões ampliadas, quando considerar necessário, convidando para isto coordenadores de saúde mental de outros municípios, atendendo a critérios técnicos e populacionais, bem como outros setores do Ministério da Saúde e representações de entidades científicas e da sociedade civil. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 4º)

Art. 6º O Colegiado reuniar-se-á 2 (duas) vezes por ano, podendo realizar reunião extraordinária, se for considerado necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 5º)

Art. 7º Caberá ao Colegiado estabelecer seu regimento interno e a Secretaria Executiva, ouvida a Secretaria de Atenção à Saúde, instância à qual o Colegiado se reporta. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 6º)

CAPÍTULO II
DO FÓRUM NACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Art. 8º Fica instituído o Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º)

I - funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, I)

II - estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infantojuvenil; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, II)

III - promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população; e (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, III)

IV - produzir conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, IV)

Art. 9º O Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude será composto por representantes das seguintes instâncias: (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º)

I - Área Técnica de Saúde Mental - DAPES/SAS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, I)

II - Área Técnica de Saúde Mental - Política de Álcool e Outras Drogas - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, II)

III - Área Técnica de Saúde da Criança - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, III)

IV - Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, IV)

V - Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, V)

VI - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VI)

VII - Departamento de Atenção Básica - SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VII)

VIII - Programa Nacional de DST/AIDS/SVS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VIII)

IX - Representantes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, sendo um representante por região brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, IX)

X - Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, X)

XI - Representantes de Coordenadores de Saúde Mental, sendo um representante por região brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XI)

XII - Conselho Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XII)

XIII - Ministério da Justiça e Segurança Pública; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIII)

XIV - Ministério da Educação; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIV)

XV - Ministério da Cultura; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XV)

XVI - Ministério do Esporte; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVI)

XVII - Conselho Nacional de Procuradores - Promotoria de Defesa à Saúde, do Ministério Público; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVII)

XVIII - Associação de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVIII)

XIX - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIX)

XX - Secretaria Especial de Direitos humanos (SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XX)

XXI - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA/SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXI)

XXII - Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência (CORDE/SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXII)

XXIII - Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais (FEBIEX); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIII)

XXIV - Federação Nacional das APAES; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIV)

XXV - Federação Nacional das Instituições Pestallozzi; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXV)

XXVI - Associação Brasileira de Autismo; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVI)

XXVII - Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVII)

XXVIII - Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVIII)

XXIX - Associação Juízes para a Democracia (AJD); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIX)

XXX - Fórum Nacional de Conselheiros Tutelares; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXX)

XXXI - Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência (ABENEPI); e (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXXI)

XXXII - dois representantes de Movimentos Nacionais de Crianças e Jovens, a serem definidos na primeira reunião deste Fórum. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXXII)

Parágrafo Único. As representações terão assento permanente no fórum, o qual poderá convocar a participação de outros segmentos representativos e de convidados. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

ANEXO III

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Origem: PRT MS/GM 2715/2011)

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, na forma do Anexo 1 do Anexo III , cuja íntegra se encontra disponível no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php. (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL

Art. 3º Fica instituída a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é resultado da integração de duas ações: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e foi construída de forma conjunta entre a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS) e a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS), ambas pertencentes à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 4º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil objetiva: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º)

I - qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º, I)

II - aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º, II)

Art. 5º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil pretende: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º)

I - contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de 2 (dois) anos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, I)

II - contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, II)

III - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, III)

IV - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas até os 2 (dois) anos de idade ou mais; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, IV)

V - contribuir para a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, V)

VI - contribuir para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VI)

VII - contribuir para a diminuição de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados, principalmente antes dos dois anos de idade; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VII)

VIII - contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VIII)

Art. 6º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil deverá ser implementada por meio de oficinas de formação de tutores e de oficinas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º)

§ 1º As oficinas de formação de tutores têm por objetivo qualificar profissionais de saúde para apoiar o fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS, de forma contínua, considerando a educação permanente em saúde, com base nos princípios da educação crítico- reflexiva. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As oficinas de trabalho nas UBS têm por objetivo discutir a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no contexto do processo de trabalho das UBS; incentivar a pactuação de ações para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, de acordo com a realidade local e; estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º, § 2º)

Art. 7º Os tutores da Estratégia serão os profissionais responsáveis por multiplicar a Estratégia e realizar oficinas de trabalho nas UBS do seu âmbito de atuação, apoiando o planejamento, o acompanhamento e/ou fortalecimento de ações de promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º)

§ 1º O tutor deverá ser apoiador de pelo menos 1 (uma) UBS, oferecendo auxílio de forma contínua. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Aos tutores já formados na Rede Amamenta Brasil e/ou na ENPACS, para ser considerado tutor da EAAB será necessário: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º)

I - participar de Curso de Ensino à Distância sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para fins de incorporação nos conteúdos da Estratégia; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º, I)

II - requerer, junto à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) e/ou Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS), por meio de ofício, a certificação como tutor da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, apresentando o certificado de tutor de uma ou de ambas as estratégias anteriores e o de conclusão do Curso de Ensino à Distância sobre a referida Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º, II)

Art. 8º O acompanhamento da UBS, que faz parte da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, deverá ser realizado por um tutor responsável, juntamente com a equipe de atenção básica, na elaboração, desenvolvimento e execução de um plano de ação para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável. O tutor responsável poderá realizar, de acordo com a realidade local, outras oficinas de trabalho na UBS e/ou atividades complementares, podendo ser: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º)

I - oficina com foco na elaboração, desenvolvimento e acompanhamento do plano de ação; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, I)

II - oficina de manejo do aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, II)

III - oficina sobre a alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, III)

IV - oficina sobre Vigilância Alimentar e Nutricional; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, IV)

V - outras oficinas cuja temática atenda às necessidades da equipe de atenção básica. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, V)

Art. 9º O monitoramento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil será realizado por dois sistemas: Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, tendo como objetivo avaliar de forma periódica e permanente o processo de sua implementação e de mudanças nas práticas alimentares. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 7º)

Art. 10. As equipes de atenção básica que fazem parte da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) poderão receber certificação caso cumpram os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º)

I - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, I)

II - monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, II)

III - dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, III)

IV - cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir "substitutos" do leite materno na UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, IV)

V - contar com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, V)

VI - cumprir pelo menos uma ação de aleitamento materno e uma de alimentação complementar pactuada no plano de ação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, VI)

Art. 11. Para avaliar o cumprimento dos critérios para a certificação serão utilizadas as seguintes fontes de informação: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º)

I - padrões de qualidade da Auto-avaliação e avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, I)

II - Sistema de Gerenciamento da Estratégia; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, II)

III - Sistema de Informação da Atenção Básica vigente. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, III)

Art. 12. As equipes de atenção básica que fazem parte da Estratégia e que não aderiram ao PMAQ-AB deverão cumprir os mesmos critérios estabelecidos para as equipes de atenção básica integrantes do PMAQ-AB, e poderão receber a certificação por meio do Sistema de Gerenciamento da Estratégia. Para isso, o tutor e as Coordenações municipais de saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão seguir as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10)

I - o tutor da UBS deverá preencher os formulários disponíveis no sistema e informar à Coordenação Municipal que solicitou a certificação junto ao Ministério da Saúde, via ofício emitido pela gerência/coordenação da UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, I)

II - as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão encaminhar o referido ofício para o Ministério da Saúde, ratificando o cumprimento dos critérios exigidos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, II)

III - as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão enviar ofício às Coordenações Estaduais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição informando sobre a solicitação de certificação das UBS; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, III)

IV - o tutor e as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão aguardar a análise, pelo Ministério da Saúde, do pedido de certificação. Posteriormente, o referido Ministério entrará em contato com as Coordenações municipais e estaduais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição, com o tutor e com o gerente/coordenador da UBS para informar sobre o resultado da solicitação de certificação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, IV)

§ 1º A equipes de atenção básica que, após o processo de certificação na Estratégia, fizerem a adesão ao PMAQ-AB, só poderão ser recertificadas com base nas fontes de informação alusivas ao PMAQ-AB, conforme se aplica às equipes já inseridas no programa. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º A peridiocidade de avaliação para certificação de equipes integrantes do PMAQ-AB seguirá o cronograma do Programa. Para as equipes não PMAQ-AB, o cronograma de avaliação será determinado pelas coordenações que coordenam a Estratégia em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, § 2º)

Art. 13. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil será coordenada: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11)

I - em âmbito nacional, pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) e pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, I)

II - em âmbito estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde e no âmbito distrital pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, II)

III - em âmbito municipal, pela Secretaria Municipal de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, III)

Art. 14. São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12)

I - divulgar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, I)

II - pactuar e alocar recursos orçamentários para implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, II)

III - divulgar sistematicamente os resultados do monitoramento das ações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, III)

IV - promover articulação entre as diferentes esferas e serviços. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, IV)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13)

I - fornecer apoio técnico para os estados para implementação da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, I)

II - elaborar materiais de capacitação e apoio; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, II)

III - capacitar profissionais que serão multiplicadores nos Estados; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, III)

IV - acompanhar, monitorar e avaliar a estratégia no âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, IV)

V - disponibilizar o Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para monitoramento da implementação da estratégia e dos dados de aleitamento materno e alimentação complementar coletados pelas equipes de atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, V)

VI - disponibilizar Curso de Ensino à Distância sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para fins de incorporação dos tutores formados na Rede Amamenta Brasil e na ENPACS; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, VI)

VII - certificar as equipes que preencherem os critérios para inclusão da Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, VII)

Art. 16. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14)

I - coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, I)

II - formar tutores em seus Municípios, conforme critérios definidos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, II)

III - fornecer apoio técnico aos Municípios para a consecução da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, III)

IV - monitorar a implementação da Estratégia nos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, IV)

V - apoiar os Municípios no processo de certificação das equipes de atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, V)

VI - orientar o uso do Sistema de gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, VI)

Art. 17. Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15)

I - coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito do Município; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, I)

II - selecionar os tutores responsáveis pelas Oficinas de Trabalho em aleitamento materno e alimentação complementar nas UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, II)

III - fornecer apoio técnico às equipes de atenção básica para a consecução da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, III)

IV - informar ao Estado a solicitação de certificação das equipes elegíveis; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, IV)

V - orientar o uso do Sistema de Gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, V)

VI - monitorar a implementação da Estratégia na atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VI)

VII - apoiar às Gerências e Equipes das UBS para que: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII)

a) viabilizem as condições necessárias para a realização das Oficinas de Trabalho em AM e AC; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, a)

b) pactuem ações que promovam, protejam e apoiem a amamentação e alimentação complementar saudável; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, b)

c) construam instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para atendimento em amamentação e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, c)

d) cumpram a NBCAL; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, d)

e) envolvam na Estratégia no mínimo 85% da equipe de atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, e)

f) alimentem continuamente o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, f)

g) analisem criticamente os indicadores da UBS e dar-lhes visibilidade. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, g)

CAPÍTULO II
DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH)

Art. 18. Fica definida a estrutura e a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH), de acordo com as normas constantes do Anexo 2 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Art. 1º)

Art. 19. Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, a designação dos integrantes da Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) de que trata o Anexo 2 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Art. 2º)

CAPÍTULO III
DA PREVENÇÃO DE CONTAMINAÇÃO PELO HIV, POR INTERMÉDIO DO ALEITAMENTO MATERNO E DOS PROCEDIMENTOS ÉTICOS, LEGAIS E MORAIS NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO SEM RISCO

Art. 20. Para a prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno, deverão ser consideradas as seguintes medidas: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º)

I - o aleitamento materno cruzado não deve ser realizado, incluindo aquele às vezes praticado nos sistemas de alojamento conjunto e pelas tradicionais amas-de-leite; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, I)

II - as mulheres infectadas pelo HIV não devem amamentar seus próprios filhos, nem doar leite; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, II)

III - os filhos de mães infectadas pelo HIV que necessitam do leite materno como fator de sobrevivência, poderão receber leite de suas próprias mães, desde que adequadamente pasteurizado; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, III)

IV - os Bancos de Leite Humano utilizarão somente leite ou colostro, após adequada pasteurização, como aquecimento a 62,5°C por 30 minutos, observado que: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV)

a) essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% de todas as partículas de HIV possíveis de serem encontradas no leite humano; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, a)

b) o simples congelamento ou liofilização, sem pasteurização prévia, não garante a inativação do HIV; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, b)

c) a pasteurização é uma prática obrigatória em todos os bancos de leite. (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, c)

V - a seleção de doadores de bancos de leite deve obedecer aos critérios estabelecidos no Capítulo II; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, V)

VI - as mães em situação de risco para o HIV, antes de amamentarem seus filhos, devem, preferencialmente no pré-natal, ser orientadas a se submeterem a teste sorológico, devendo, para tal, realizar aconselhamento pré e pós-teste; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VI)

VII - são consideradas como situações de risco para o HIV, as mulheres: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII)

a) usuárias de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas/seringas e/ou com parceiros usuários de drogas injetáveis; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, a)

b) que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados e/ou com parceiros que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados a partir de 1980; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, b)

c) que mantenham relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros e/ou com parceiros que mantenham relações sexuais sem proteção com um ou múltiplos parceiros (homens ou mulheres); (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, c)

d) com histórico de doenças sexualmente transmissíveis e/ou parceiros com histórico de doenças sexualmente transmissíveis a partir de 1980. (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, d)

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE FORTIFICAÇÃO DE FARINHAS DE TRIGO, DE MILHO E DE SEUS SUBPRODUTOS

Art. 21. Fica instituída a Comissão Interinstitucional para Implementação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Fortificação de Farinhas de Trigo, de Milho e de seus Subprodutos. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 1º)

Art. 22. A Comissão Interinstitucional será composta por um representante - titular e suplente - de cada um dos seguintes órgãos, entidades e instituições, e atuará sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I, a)

b) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I, b)

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, III)

IV - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, IV)

V - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, V)

VI - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VI)

VII - Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VII)

VIII - Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VIII)

IX - Associação Brasileira das Indústrias Moageiras de Milho (ABIMILHO); e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, IX)

X - Associação Brasileira das Indústrias do Trigo (ABITRIGO). (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, X)

Art. 23. Compete à Comissão: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º)

I - propor medidas destinadas a implementar as ações para fortificação das farinhas de trigo e de milho; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, I)

II - acompanhar e monitorar a fortificação das farinhas de trigo, de milho e de seus subprodutos, bem como discutir a efetividade das ações adotadas; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, II)

III - estabelecer estratégias de informação, de comunicação, de educação e de mobilização social com vistas à redução da prevalência de anemia e dos defeitos do tubo neural. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, III)

Art. 24. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º)

I - promover a integração e a coordenação de todos os setores envolvidos na fortificação das farinhas de trigo, de milho e de seus subprodutos; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, I)

II - definir estratégia de divulgação da fortificação às Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios e de outras instituições relacionadas de acordo com o pactuado no âmbito da Comissão; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, II)

III - promover, com apoio dos componentes da Comissão, a produção e a distribuição de materiais educativos e informativos, para profissionais de saúde e relacionados, indústrias produtoras de farinha de trigo e de milho e para a população em geral; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, III)

IV - promover ações educativas e de comunicação, com vistas a esclarecer a população sobre a importância do consumo de ferro e do ácido fólico, bem como sobre os papéis desses micronutrientes na prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro e na redução da incidência do nascimento de crianças com defeitos do tubo neural; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, IV)

V - delinear, desenvolver e apoiar estudos e pesquisas que avaliem os processos e os resultados de impacto da fortificação das farinhas, em nível nacional, regional e local; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, V)

VI - apoiar e fomentar, com apoio dos componentes da Comissão a realização de inquéritos e/ou levantamentos epidemiológicos referentes às patologias decorrentes da deficiência de ferro e de ácido fólico; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, VI)

VII - estabelecer parcerias com outras áreas do Ministério da Saúde, órgãos e instituições governamentais e não governamentais, para o fomento de atividades complementares, com o objetivo de promover ações destinadas à prevenção e ao controle da anemia por deficiência de ferro e dos defeitos do tubo neural acarretados pela deficiência de ácido fólico. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, VII)

Art. 25. Compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º)

I - implantar e implementar o monitoramento nacional das farinhas de trigo e de milho produzidas em todos os moinhos e indústrias, bem como dos produtos expostos no mercado; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, I)

II - coordenar e regulamentar as ações de controle higiênicosanitário dos estabelecimentos produtores de farinhas de trigo e de milho e do produto exposto à comercialização; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, II)

III - analisar e divulgar, sistematicamente, os resultados do controle e do monitoramento das farinhas de trigo e de milho; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, III)

IV - promover a inserção dos laboratórios oficiais em programas de controle de qualidade analítica; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, IV)

V - promover a sensibilização do setor produtivo com vistas a atender à legislação sanitária vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, V)

VI - monitorar as farinhas de trigo e de milho importadas quanto ao cumprimento da legislação vigente, em especial quanto aos teores de ferro e de ácido fólico. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, VI)

Art. 26. Cabe a cada membro da Comissão Interinstitucional fornecer as informações necessárias para o acompanhamento e avaliação periódica da fortificação das farinhas de trigo e de milho. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º)

§ 1º As competências e atribuições dos demais componentes da Comissão serão estabelecidas no Regimento Interno a ser elaborado pela Comissão Interinstitucional a partir da data de sua instalação, submetendo-o à aprovação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Cada membro da Comissão Interinstitucional deverá compilar e fornecer toda informação necessária, a ser analisada em conjunto, para o acompanhamento e a avaliação periódica da fortificação das farinhas de trigo e de milho. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º, § 2º)

Art. 27. A Comissão Interinstitucional reunir-se-á, ordinariamente, duas vezes por ano, e, extraordinariamente, quando convocada por seu coordenador ou por solicitação de qualquer um de seus membros, cabendo neste último caso a apreciação do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 7º)

Art. 28. A Comissão Interinstitucional poderá convidar cientistas, especialistas ou pesquisadores de instituições acadêmicas ou científicas de organismos internacionais, bem como representantes da sociedade civil para colaborarem na análise de assuntos específicos. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 8º)

ANEXO 1 DO ANEXO III

POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Anexo 1)

Política Nacional de Alimentação e Nutrição

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da

pobreza e exclusão social e, consequentemente, da fome e desnutrição. Por outro lado, observa-se aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

A completar-se dez anos de publicação da PNAN, deu-se início ao processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a consolidar-se como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde.

Em parceria com a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), do Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, conduziu um amplo e democrático processo de atualização e aprimoramento da Política, por meio de 26 Seminários Estaduais e do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN 10 anos que contaram com a presença de conselheiros estaduais e municipais de saúde; entidades da sociedade civil; entidades de trabalhadores de saúde; gestores estaduais e municipais de Alimentação e Nutrição e da Atenção Básica; conselheiros estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional; Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição vinculados a universidades e especialistas em políticas públicas de saúde e de alimentação e nutrição.

Nesta nova edição, a PNAN apresenta-se com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira.

Está organizada, também, em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações.

Brasília, 17 de novembro de 2011

Ministério da Saúde

1 INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, consequentemente, da fome e escassez de alimentos, com melhoria ao acesso e variedade destes, além da garantia da disponibilidade média de calorias para consumo, embora ainda existam cerca de 16 milhões de brasileiros vivendo na pobreza extrema. A diminuição da fome e da desnutrição veio acompanhada do aumento vertiginoso da obesidade em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

A alimentação e nutrição estão presentes na legislação recente do Estado Brasileiro, com destaque para a Lei 8080, de 19/09/1990 (BRASIL, 1990), que entende a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde e que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde.

Na última década, o principal avanço foi a incorporação da alimentação como um direito social. A Emenda Constitucional n° 64, aprovada em 2010, introduziu no art. 6° da Constituição Federal a alimentação como direito (BRASIL, 1990). Nesse sentido, o Estado Brasileiro, ocupado com a construção de uma nova abordagem para atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável, publicou a Lei 11.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006a) e o Decreto 7272/2010 - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010b). Tanto a Lei como o Decreto apresentam entre as suas bases diretivas o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde.

Na saúde, ressalta-se a publicação do Decreto 7508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei 8080, com a instituição da Rede de Atenção à Saúde e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que possibilitarão avanços para a organização e oferta das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

Outras Políticas da saúde somam-se aos princípios e diretrizes da PNAN no estabelecimento da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional. A Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção à Saúde são orientadas nesse sentido.

A determinação social da saúde assim como a promoção e prevenção de agravos estão presentes em diversos documentos internacionalmente conhecidos, como o Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, publicado em 2008, a Estratégia Global para a Alimentação do Bebê e da Criança Pequena (2002) e a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (2004).

Os documentos apontam para a necessidade de formulação e implantação de estratégias nacionais, locais e regionais efetivas e integradas para a redução da morbi-mortalidade relacionada à alimentação inadequada e ao sedentarismo, com recomendações e indicações adaptadas frente às diferentes realidades dos países e integradas às suas políticas, com vistas a garantir aos indivíduos a capacidade de fazer escolhas saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, prevendo ações de caráter regulatório, fiscal e legislativo que visem tornar essas escolhas factíveis à população.

O aleitamento materno, que deve ser a primeira prática alimentar dos indivíduos, é necessário para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças. O Brasil adota as recomendações internacionais, recomendando o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até o segundo ano de vida (BRASIL, 2009a). Segundo a Pesquisa Nacional de demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, 95% das crianças brasileiras foram alguma vez amamentadas, mas esse número cai drasticamente ao longo dos dois primeiros anos de vida. Segundo a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno no Conjunto das Capitais Brasileiras e DF, realizada em 2008, a mediana de aleitamento materno exclusivo foi 54 dias e a mediana do aleitamento materno total, que deveria ser de 24 meses, foi 341,6 dias (11,2 meses) (BRASIL, 2009c). Atualmente, segundo a pesquisa, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses é de 41%.

A transição do aleitamento materno para os alimentos consumidos pela família é o período denominado como alimentação complementar, que deve ser iniciada aos seis meses de idade e concluída aos 24 meses. A introdução de alimentos deve ser feita em tempo oportuno, em quantidade e qualidade adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil. Esse é o momento em que os primeiros hábitos são adquiridos e formados e a correta inserção dos alimentos tem o papel de promoção à saúde e hábitos saudáveis, além de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas na idade adulta. Segundo a PNDS, a introdução precoce de alimentos, antes dos dois meses de idade, era uma prática em 14% das crianças, evoluindo para mais de 30% nas crianças entre quatro e cinco meses (BRASIL, 2009a).

A dieta habitual dos brasileiros é composta por diversas influências e atualmente é fortemente caracterizada por uma combinação de uma dieta dita “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultraprocessados, com altos teores de gorduras, sódio e açúcar e com baixo teor de micronutrientes e alto conteúdo calórico. O consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira e manteve-se estável na última década, enquanto alimentos ultraprocessados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano.

As diferenças de renda são expressas no padrão de consumo alimentar dos diferentes estratos. A dieta dos brasileiros de mais baixa renda apresenta melhor qualidade, com predominância do arroz, feijão aliados a alimentos básicos como peixes e milho. A frequência de alimentos de baixa qualidade nutricional como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados, tende a crescer com o aumento da renda das famílias.

O padrão de consumo também varia de acordo com os grupos etários. Entre os mais novos, é maior o consumo de alimentos ultraprocessados, que tendem a diminuir com o aumento da idade, enquanto o inverso é observado entre as frutas e hortaliças. Os adolescentes são o grupo com pior perfil da dieta, com as menores frequências de consumo de feijão, saladas e verduras em geral, apontando para um prognóstico de aumento do excesso de peso e doenças crônicas.

Os brasileiros residentes na zona rural, quando comparados com os residentes da zona urbana, apresentam maiores frequências de consumo de alimentos básicos, com melhor qualidade da dieta, havendo predomínio de consumo de alimentos como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes. Na zona urbana, observa-se um maior consumo de alimentos ultraprocessados. As regiões geográficas também imprimem a sua identidade alimentar, sendo mais frequente, na região norte, o consumo de farinha de mandioca, açaí e peixe fresco; no Nordeste: ovos e biscoitos salgados; no Centro-Oeste: arroz, feijão, carne bovina e leite; no Sudeste e Sul: pão francês, massas, batata inglesa, queijos, iogurtes e refrigerantes. Em algumas regiões as tradições culturais resistem às mudanças, enquanto que, em outras, essas tradições estão sendo descaracterizadas, havendo perda da identidade cultural alimentar.

O estilo de vida atual favorece a um maior número de refeições realizadas fora do domicílio: em 2009, 16% das calorias foram oriundas da alimentação fora de casa. Essa é composta, na maioria dos casos, por alimentos industrializados e ultraprocessados como refrigerantes, cerveja, sanduíches, salgados e salgadinhos industrializados, imprimindo um padrão de alimentação que, muitas vezes, é repetido no domicílio.

A transição nutricional foi acompanhada pelo aumento da disponibilidade média de calorias para consumo. Em 2009 o consumo energético diário médio da população foi superior ao recomendado de 2000 kcal, o que é mais um fator contributivo para o aumento do excesso de peso. Essa média se assemelha às encontradas em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, com as maiores médias entre os adolescentes do sexo masculino e as menores entre os idosos.

O declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar têm relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas.

Com relação às doenças relacionadas às deficiências de micronutrientes, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, reafirmou que as deficiências de ferro e vitamina A ainda persistem como problemas de saúde pública no Brasil: 17,4% das crianças e 12,3% das mulheres em idade fértil apresentam hipovitaminose A, enquanto 20,9% e 29,4% desses grupos populacionais, respectivamente, apresentam anemia por deficiência de ferro. Estudos regionais apontam para uma prevalência média de cerca de 50% de anemia ferropriva em crianças menores de cinco anos de idade.

A melhoria ao acesso à saúde e à renda da população deveriam ter impactado na melhoria dos indicadores relativos à deficiência de micronutrientes, carências que, aparentemente, estavam sanadas, como no caso da hipovitaminose A e outras deficiências, como o ressurgimento de casos de Beribéri em alguns estados brasileiros, e o desajuste do consumo de iodo por adultos, provenientes do consumo excessivo do sal de cozinha iodado.

A sociedade brasileira vivenciou uma peculiar e rápida transição nutricional: de um país que apresentava altas taxas de desnutrição, na década de 1970, passou a ser um país com metade da população adulta com excesso de peso, em 2008. A redução da desnutrição em crianças menores de cinco anos foi intensa nas últimas décadas. Nesse sentido, a associação de políticas econômicas e sociais, particularmente na década de 2000, foi fundamental para o Brasil avançar na redução das desigualdades internas. Entre 1989 e 2006, o Brasil alcançou as metas relativas à redução da desnutrição infantil do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (indicador do ODM de erradicação da pobreza extrema e fome): “Prevalência de crianças (com menos de cinco anos) abaixo do peso” caiu mais de quatro vezes (de 7,1% para 1,7%), enquanto o déficit de altura diminuiu para cerca de um terço no mesmo período (de 19,6% para 6,7%).

No entanto, os avanços são desiguais. Ainda persistem altas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população, como entre as crianças indígenas (26%), quilombolas (16%), residentes na região norte do país (15%) e aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda (15%), afetando principalmente crianças e mulheres que vivem em bolsões de pobreza. Apesar das diferenças entre os grupos étnicos e regiões geográficas, a maior redução das prevalências de desnutrição infantil se deu na Região Nordeste e nas populações mais pobres do país, sendo os principais fatores responsáveis por esses avanços: o aumento da escolaridade materna, o aumento da renda familiar, o maior acesso aos serviços da rede de atenção básica de saúde e a expansão do saneamento básico.

Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como em vários países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade - é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias. Em vinte anos, as prevalências de obesidade em crianças entre 5 a 9 anos foram multiplicadas por quatro entre os meninos (4,1% para 16,6%) e por, praticamente, cinco entre as meninas (2,4% para 11,8%). Nos adolescentes, após quatro décadas de aumento gradual nas prevalências, em torno de 20% apresentaram excesso de peso (com pequena diferença entre os sexos) e quase 6% dos adolescentes do sexo masculino e 4% do sexo feminino foram classificados como obesos.

Na população adulta, houve aumento do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e de renda. A obesidade cresceu de 2,8% em homens e 7,8% em mulheres para 12,5% entre homens e 16,9% entre as mulheres nos períodos entre 1974-1975 e 2008-2009, de modo que o excesso de peso alcançou 50,1% nos homens e 48,0% nas mulheres. Atualmente, a obesidade tem prevalências semelhantes entre as mulheres de todos os níveis de renda, mas, entre os homens, a obesidade entre os vinte por cento mais ricos da população é o dobro das prevalências encontradas entre o quinto mais pobre. A renda média da população brasileira apresentou um incremento nas últimas décadas e as doenças crônicas, com foco para obesidade, passaram a apresentar taxas semelhantes entre os grupos.

As doenças crônicas são a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil. Nos últimos anos, os percentuais de hipertensão arterial sistêmica e diabetes vêm se mantendo estáveis, embora a obesidade esteja em ascensão. Segundo o VIGITEL, a obesidade avança anualmente cerca de 1% entre os adultos. O aumento da obesidade está fortemente ligado ao consumo alimentar e à prática de atividade física. Seus determinantes são de natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de questões ambientais, o que torna a obesidade uma doença multifatorial. Esses fatores interagem de forma complexa, exigindo que a obesidade seja tratada, tendo em vista toda a sua complexidade e determinação social. O Estudo de Carga Global de Doenças no Brasil revela que 58% dos anos de vida perdidos precocemente se devem às doenças crônicas não transmissíveis.

Os indicadores de saúde e nutrição refletem as desigualdades de renda e raça que ainda persistem no país: mulheres negras e de baixa renda apresentam maiores percentuais de doenças crônicas quando comparadas a mulheres, da mesma idade, brancas e de renda mais alta. Entre os homens, a obesidade está mais presente entre os de renda mais alta, embora cresça em todos os estratos.

O desenvolvimento econômico deve ser acompanhado pelo setor saúde para que as populações que tenham incremento de renda também tenham melhorias de acesso e condições de saúde.

O cenário epidemiológico apresentado reflete os avanços do Brasil na luta contra a fome e a desnutrição, embora ainda existam populações vulneráveis a esses agravos. O acelerado crescimento do excesso de peso em todas as faixas etárias e de renda deixa clara a necessidade de medidas de controle e prevenção do ganho de peso. Se essas ações não forem implementadas, estima-se que em vinte anos cerca de 70% dos brasileiros estarão com excesso de peso no Brasil.

O enfrentamento desse quadro clama por ações nos diversos setores, desde a produção à comercialização final dos alimentos e com a garantia de ambientes que propiciem a mudança de conduta dos indivíduos e da sociedade. Ciente de sua responsabilidade sanitária, frente a esse cenário, a PNAN constitui-se uma resposta oportuna e específica do SUS para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira, ao tempo em que promove a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional para todas as fases do curso da vida.

2 PROPÓSITO

A PNAN tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

3 PRINCÍPIOS

A PNAN tem por pressupostos os direitos à Saúde e à Alimentação e é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular), aos quais se somam os princípios a seguir:

A Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde: a alimentação expressa as relações sociais, valores e história do indivíduo e dos grupos populacionais e tem implicações diretas na saúde e na qualidade de vida. A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde, na valorização do ser humano, para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde.

O respeito à diversidade e à cultura alimentar: a alimentação brasileira, com suas particularidades regionais, é a síntese do processo histórico de intercâmbio cultural, entre as matrizes indígena, portuguesa e africana que se somam, por meio dos fluxos migratórios, às influências de práticas e saberes alimentares de outros povos que compõem a diversidade sociocultural brasileira. Reconhecer, respeitar, preservar, resgatar e difundir a riqueza incomensurável de alimentos e práticas alimentares correspondem ao desenvolvimento de ações com base no respeito à identidade e cultura alimentar da população.

O fortalecimento da autonomia dos indivíduos: o fortalecimento ou ampliação dos graus de autonomia para as escolhas e práticas alimentares implica, por um lado, um aumento da capacidade de interpretação e análise do sujeito sobre si e sobre o mundo e, por outro, a capacidade de fazer escolhas, governar e produzir a própria vida. Para tanto, é importante que o indivíduo desenvolva a capacidade de lidar com as situações, a partir do conhecimento dos determinantes dos problemas que o afetam, encarando-os com reflexão crítica. Diante dos interesses e pressões do mercado comercial de alimentos, bem como das regras de disciplinamento e prescrição de condutas dietéticas em nome da saúde, ter mais autonomia significa conhecer as várias perspectivas, poder experimentar, decidir, reorientar, ampliar os objetos de investimento relacionados ao comer e poder contar com pessoas nessas escolhas e movimentos. Há uma linha tênue entre dano e prazer que deve ser continuamente analisada, pois leva os profissionais de saúde, frequentemente, a se colocarem nos extremos da omissão e do governo exacerbado dos outros. Para isso, deve-se investir em instrumentos e estratégias de comunicação e educação em saúde que apoiem os profissionais de saúde em

seu papel de socialização do conhecimento e da informação sobre alimentação e nutrição e de apoio aos indivíduos e coletividades na decisão por práticas promotoras da saúde.

A determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição: o conhecimento das determinações socioeconômicas e culturais da alimentação e nutrição dos indivíduos e coletividades contribui para a construção de formas de acesso a uma alimentação adequada e saudável, colaborando com a mudança do modelo de produção e consumo de alimentos que determinam o atual perfil epidemiológico. A busca pela integralidade na atenção nutricional pressupõe a articulação entre setores sociais diversos e se constitui em uma possibilidade de superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais e institucionais, de modo a responder aos problemas de alimentação e nutrição vivenciados pela população brasileira.

A segurança alimentar e nutricional com soberania: a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é estabelecida no Brasil como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A Soberania Alimentar se refere ao direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e de produzir alimentos saudáveis e culturalmente adequados, acessíveis, de forma sustentável e ecológica, colocando aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências de mercado.

4 DIRETRIZES

As diretrizes que integram a PNAN indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. Sendo consolidadas em:

1. Organização da Atenção Nutricional;
2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
3. Vigilância Alimentar e Nutricional;
4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;
5. Participação e Controle Social;
6. Qualificação da Força de Trabalho;
7. Controle e Regulação dos Alimentos;
8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;
9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

4.1 Organização da Atenção Nutricional

A atual situação alimentar e nutricional do País torna evidente a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e à promoção da saúde. Incluem-se, ainda, as ações de vigilância para proporcionar a identificação de seus determinantes e condicionantes, assim como das regiões e populações mais vulneráveis.

Dessa forma, a atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

A atenção nutricional tem como sujeitos os indivíduos, a família e a comunidade. Os indivíduos apresentam características específicas e entre os elementos de sua diversidade está a fase do curso da vida em que se encontram, além da influência da família e da comunidade em que vivem. Todas as fases do curso da vida devem ser foco da atenção nutricional, no entanto cabe a identificação e priorização de fases mais vulneráveis aos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

As famílias e comunidades devem ser entendidas como “sujeitos coletivos” que têm características, dinâmicas, formas de organização e necessidades distintas, assim como apresentam diferentes respostas a fatores que possam lhes afetar. Também devem ser consideradas as especificidades dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais, como a população negra, quilombolas e povos indígenas, entre outros, assim como as especificidades de gênero.

A atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. A Atenção Básica, pela sua capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população, sob sua responsabilidade, contribui para que a organização da atenção nutricional parta das necessidades dos usuários.

Nesse intuito, o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na RAS deverá ser iniciado pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e equipes de Atenção Básica. A vigilância alimentar e nutricional possibilitará a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

Para este diagnóstico deverão ser utilizados o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e outros sistemas de informação em saúde para identificar indivíduos ou grupos que apresentem agravos e riscos para saúde, relacionados ao estado nutricional e ao consumo alimentar. De modo a identificar possíveis determinantes e condicionantes da situação alimentar e nutricional da população, é importante que as equipes de Atenção Básica incluam em seu processo de territorialização a identificação de locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, costumes e tradições alimentares locais, entre outras características do território, onde vive a população, que possam relacionar-se aos seus hábitos alimentares e estado nutricional.

A atenção nutricional deverá priorizar a realização de ações no âmbito da Atenção Básica, mas precisa incluir, de acordo com as necessidades dos usuários, outros pontos de atenção à saúde, como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços especializados, hospitais, atenção domiciliar, entre outros no âmbito do SUS. Assim como ações em diferentes equipamentos sociais (governamentais ou não) que possam contribuir com o cuidado integral em saúde por meio da intersetorialidade.

Nesse contexto, as práticas e processos de acolhimento precisam considerar a alimentação e nutrição como determinantes de saúde e levar em conta a subjetividade e complexidade do comportamento alimentar. O que implica disseminar essas concepções entre os profissionais, contribuindo para a qualificação de sua escuta e capacidade resolutiva em uma perspectiva humanizada. Na organização da atenção nutricional devem ser consideradas outras racionalidades terapêuticas possibilitando a incorporação das práticas integrativas e complementares nos cuidados relativos à alimentação e nutrição no SUS.

A atenção nutricional, no âmbito da atenção básica, deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde do seu território, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade. Diante do atual quadro epidemiológico do país, são prioritárias as ações preventivas e de tratamento da obesidade, da desnutrição, das carências nutricionais específicas e de doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à alimentação e nutrição. Também constituem demandas para a atenção nutricional, no SUS, o cuidado aos indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais, como as decorrentes dos erros inatos do metabolismo, transtornos alimentares, entre outros.

Para a prática da atenção nutricional no âmbito da Atenção Básica, as equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada, com a participação de profissionais da área de alimentação e nutrição que deverão instrumentalizar os demais profissionais para o desenvolvimento de ações integrais nessa área, respeitando seu núcleo de competências.

As ações de prevenção das carências nutricionais específicas por meio da suplementação de micronutrientes (ferro, vitamina A, dentre outros) serão de responsabilidade dos serviços de Atenção Básica, em acordo com o disposto nas normas técnicas dos programas de suplementação. As unidades hospitalares- maternidades colaboram na implementação dos programas de suplementação de micronutrientes, em especial na suplementação de vitamina A para puérperas no pós-parto.

Embora a Atenção Básica seja a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema de saúde, as demandas para a atenção nutricional podem ser identificadas em outros pontos da rede de atenção à saúde. Dessa forma, a atenção nutricional nos demais pontos de atenção à saúde também deve ser realizada dentro de uma rede integrada de cuidados de forma transversal a outras políticas específicas e com a participação de equipes multidisciplinares, respeitando-se as atividades particulares dos profissionais que as compõem, assim como na Atenção Básica. Nesse sentido faz-se necessária a elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas que orientem a organização dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde. Deverão ainda ser normatizados os critérios para o acesso a alimentos para fins especiais de modo a promover a equidade e a regulação no acesso a esses produtos.

No âmbito hospitalar, é necessário promover a articulação entre o acompanhamento clínico e o acompanhamento nutricional, tendo em vista a relevância do estado nutricional para a evolução clínica dos pacientes; assim como a interação destes com os serviços de produção de refeições e os serviços de terapia nutricional, entendendo que a oferta de alimentação adequada e saudável é componente fundamental nos processos de recuperação da saúde e prevenção de novos agravos nos indivíduos hospitalizados.

No contexto da garantia da oferta de alimentação adequada e saudável, ressalta-se a importância de que a rede de atenção à saúde constitua-se em uma rede de apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Para tanto, deve-se incentivar e favorecer a prática do aleitamento materno (exclusivo até o 6º mês e complementar até os 2 anos) e a doação de leite humano em diversos serviços de saúde, de forma articulada aos Bancos de Leite Humano, para ampliar a oferta de leite materno nas situações de agravos maternos e infantis que impossibilitem a prática do aleitamento materno.

A incorporação organizada e progressiva da atenção nutricional deverá resultar em impacto positivo na saúde da população.

4.2 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

Entende-se por alimentação adequada e saudável a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) é uma das vertentes da Promoção à Saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país. Assim, as ações de promoção da saúde constituem-se formas mais amplas de intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

A PAAS é aqui compreendida como um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Considerando-se que o alimento tem funções transcendentes ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados.

A implantação dessa diretriz da PNAN fundamenta-se nas dimensões de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e deve combinar iniciativas focadas em (i) políticas públicas saudáveis; (ii) criação de ambientes favoráveis à saúde nos quais indivíduo e comunidades possam exercer o comportamento saudável; (iii) o reforço da ação comunitária; (iv) o desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes e (v) a reorientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde.

Nesse contexto, a PAAS objetiva a melhora da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes (físico, social, político, econômico e cultural), de caráter amplo e que possam responder às necessidades de saúde da população, contribuindo para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas associadas e outras relacionadas à alimentação e nutrição.

O elenco de estratégias na saúde direcionadas à PAAS envolve a educação alimentar e nutricional que se soma às estratégias de regulação de alimentos - envolvendo rotulagem e informação, publicidade e melhoria do perfil nutricional dos alimentos - e ao incentivo à criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada e saudável, incidindo sobre a oferta de alimentos saudáveis nas escolas e nos ambientes de trabalho. A oferta de alimentos saudáveis também deve ser estimulada entre pequenos comércios de alimentos e refeições da chamada “comida de rua”.

Nesse sentido, pressupõe-se o compromisso do setor saúde na articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais em diferentes esferas de governo e junto à sociedade. Organizar as ações de PAAS implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, identificar e analisar de forma crítica, além de enfrentar hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes estão submetidos.

O desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação e nutrição implica pensar a educação alimentar e nutricional como processo de diálogo entre profissionais de saúde e a população, de fundamental importância para o exercício da autonomia e do auto-cuidado. Isso pressupõe, sobretudo, trabalhar com práticas referenciadas na realidade local, problematizadoras e construtivistas, considerando-se os contrastes e as desigualdades sociais que interferem no direito universal à alimentação. Para isso, constitui-se prioridade a elaboração e pactuação de agenda integrada - intra e intersetorial - de educação alimentar e nutricional para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas com os diversos setores afetos ao tema.

A responsabilidade das equipes de saúde com relação à PAAS deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo- se nos demais equipamentos sociais como espaços comunitários de atividade física e práticas corporais, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social e ambientes de trabalho, entre outros.

O conjunto das ações de PAAS, aliado às demais ações de promoção da saúde, contribui com a ampliação do escopo das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento dos indivíduos e das comunidades, com a superação do modelo biomédico, pautado pela doença, e de desafios como (i) a abordagem que se limita à produção e à oferta de informações técnico-científicas; (ii) a frágil integração do conhecimento científico ao popular, e (iii) a ainda insuficiente apropriação das dimensões cultural e social como determinantes dos hábitos alimentares.

Pela natureza das ações de PAAS, a participação popular é fundamental e deve ocorrer desde o diagnóstico da realidade e definição de objetivos até a implantação das ações, estando refletida nas discussões das instâncias de participação e controle social. Assim, deve ser incentivada a incorporação da dimensão da alimentação adequada e saudável nos conteúdos e estratégias dos movimentos sociais da educação popular em saúde e das capacitações para gestão participativa das instâncias de controle do SUS. Além da mobilização social, deve ser considerada a participação dos setores público e privado na elaboração e execução das estratégias.

4.3 Vigilância Alimentar e Nutricional

A vigilância alimentar e nutricional consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

Deverá fornecer dados desagregados para os distintos âmbitos geográficos, categorias de gênero, idade, raça/etnia, populações específicas (como indígenas e povos e comunidades tradicionais) e outras de interesse para um amplo entendimento da diversidade e dinâmicas nutricional e alimentar da população brasileira. O seu fortalecimento institucional possibilitará documentar a distribuição, magnitude e tendência da transição nutricional, identificando seus desfechos, determinantes sociais, econômicos e ambientais.

A vigilância alimentar e nutricional subsidiará o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e à qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS. Contribuirá, também, com o controle e a participação social e o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios.

O Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), operado a partir da atenção básica à saúde, tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida.

Deverá apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar.

Destaque deve ser dado à vigilância alimentar e nutricional de povos e comunidades tradicionais e de grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e iniquidade.

Ao Sisvan deverão ser incorporados o acompanhamento nutricional e o de saúde das populações assistidas pelos programas de transferência de renda no sentido de potencializar os esforços desenvolvidos pelas equipes de saúde, qualificando a informação e a atenção nutricional dispensada a essas famílias.

Na perspectiva de integração e da organização da saúde indígena, buscando a superação da extrema vulnerabilidade nutricional dessas populações, deverá ser destacada a vigilância alimentar e nutricional com a integração e operacionalização dos sistemas de informação existentes.

Para o diagnóstico amplo, nos territórios sob a responsabilidade da atenção básica à saúde, é necessária a análise conjunta dos dados de vigilância alimentar e nutricional com outras informações de natalidade, morbidade, mortalidade, cobertura de programas e dos serviços de saúde, entre outras disponíveis nos demais sistemas de

informação em saúde.

A vigilância alimentar e nutricional deverá contribuir com outros setores de governo, com vistas ao monitoramento do padrão alimentar e dos indicadores nutricionais que compõem o conjunto de informações para a vigilância da Segurança Alimentar e Nutricional.

As chamadas nutricionais consistem em pesquisas transversais realizadas em datas estratégicas - como o “dia nacional de imunização” - permitindo estudos sobre aspectos da alimentação e nutrição infantil, bem como de políticas sociais de transferência de renda e de acesso aos alimentos direcionados a esse público. Devem ser implementadas nos diferentes níveis, do local ao nacional.

No campo dos inquéritos populacionais, é fundamental a garantia da realização regular e contínua de pesquisas que abordem a disponibilidade domiciliar de alimentos, o consumo alimentar pessoal e o estado nutricional da população brasileira, tais como as Pesquisas de Orçamentos Familiares, realizadas, pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). Também deverão ser garantidos inquéritos regulares sobre a saúde e nutrição materna e infantil, tais como as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS).

Com vistas a subsidiar a gestão, os indicadores de alimentação e nutrição deverão ser reforçados nos sistemas de acompanhamento da situação de saúde da população, com a inclusão nas salas de situação em saúde e a constituição de centros de informação em alimentação e nutrição, destacando sua utilização nos instrumentos de planejamento e pactuação do SUS.

4.4 Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição

A PNAN, além de se constituir como uma referência política e normativa para a realização dos direitos à alimentação e à saúde, representa uma estratégia que articula dois sistemas: o Sistema Único de Saúde, seu lócus institucional, e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), espaço de articulação e coordenação intersetorial.

Sua natureza transversal às demais políticas de saúde e seu caráter eminentemente intersetorial colocam o desafio da articulação de uma agenda comum de alimentação e nutrição com os demais setores do governo e sua integração às demais políticas, programas e ações do SUS. Assim, as estruturas gerenciais devem possibilitar a construção de estratégias capazes de elaborar e concretizar processos, procedimentos e fluxos de gestão, em consonância com as suas realidades organizacionais e que promovam a formulação, a implementação e o monitoramento das suas ações de alimentação e nutrição.

Cabe aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, promover a implementação da PNAN por meio da viabilização de parcerias e da articulação interinstitucional necessária para fortalecer a convergência dela com os Planos de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional.

O aperfeiçoamento dos processos de planejamento e avaliação das ações deve ser estimulado para subsidiar a pactuação e a incorporação das ações nos instrumentos de gestão.

A pactuação entre as esferas de governo para a efetivação da PNAN deve respeitar todos os preceitos e instâncias praticados no SUS, para que suas ações possam ser assumidas e incorporadas pelos gestores das três esferas de governo no contexto da rede de atenção à saúde e, com isso, consolidarem-se em todo o território nacional.

Para o alcance da melhoria das condições de alimentação e nutrição da população, faz-se necessário garantir estratégias de financiamento tripartite para implementação das diretrizes da PNAN, tendo como prioridade:

• A aquisição e distribuição de insumos para prevenção e tratamento das carências nutricionais específicas;

• A adequação de equipamentos e estrutura física dos serviços de saúde para realização das ações de vigilância alimentar e nutricional;

• A garantia de processo de educação permanente em alimentação e nutrição para trabalhadores de saúde;

• A garantia de processos adequados de trabalho para a organização da atenção nutricional no SUS.

No âmbito da Cooperação Internacional, a trajetória brasileira das políticas públicas de alimentação enutrição e de segurança alimentar e nutricional pode contribuir de forma solidária para o desenvolvimento de políticas de nutrição em outros países. Para tanto, devem ser incorporados à política externa brasileira os princípios do direito humano à alimentação, da soberania e segurança alimentar e nutricional, no escopo dos acordos e mecanismos de cooperação internacional.

Nesse sentido, a PNAN contribui junto a outras iniciativas do Ministério da Saúde para estreitar relações de cooperação internacional, com foco nos países que integram a relação Sul/Sul, especialmente em nível regional no MERCOSUL, América Latina e Caribe. Atenção diferenciada deve ser dada aos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPS).

A atuação do Ministério da Saúde junto às Agências da ONU, como o Comitê de Nutrição das Nações Unidas (SCN), a Organização Pan-Americana de Saúde e o Comitê de Segurança Alimentar da FAO, deve ser estimulada na perspectiva de colaborar na construção de recomendações e metas de desenvolvimento global relacionadas à alimentação e nutrição.

O propósito e as diretrizes desta Política evidenciam a necessidade de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação de sua implementação. O acompanhamento e a avaliação voltados para a gestão da PNAN devem enfocar o aprimoramento da política e de sua implementação nas esferas do SUS. O objetivo é verificar a repercussão desta Política na saúde e na qualidade de vida da população, buscando a caracterização e compreensão de uma situação para tomada de decisão, bem como para a proposição de critérios e normas que impactem diretamente o desempenho da política e seus indicadores nos diferentes níveis de atuação.

Para essa finalidade, a construção do monitoramento das ações da PNAN parte da identificação da produção e dos processos desenvolvidos pela gestão federal, acrescidos em cada esfera dos processos próprios e específicos de apreensão e adequação das diretrizes emanadas da política nacional. Deverá levar em conta os problemas nutricionais

priorizados, a participação e o acesso da população aos programas e ações da PNAN. Esse processo exigirá a definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas para a atenção nutricional.

A evolução do acompanhamento para um sistema tripartite e participativo de monitoramento da PNAN, que considere as dimensões de respeito aos direitos das pessoas e a adequação dos serviços prestados, se dará em consonância com os sistemas de planejamento e pactuação do SUS.

Ao viabilizar essa avaliação, deverão ser considerados indicadores que permitam verificar em que medida são consolidados os princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do detalhamento feito no Art. 7.º, da Lei n° 8.080/90, observando-se, por exemplo, se:

• o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados junto à população;

• o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática estão sendo fundamentados na epidemiologia;

• os planos, programas, projetos e atividades que operacionalizam a PNAN estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única e as responsabilidades em cada esfera de gestão.

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política envolverá, também, a avaliação do cumprimento dos compromissos internacionais assumidos pelo País nesse contexto. No conjunto desses compromissos, cabe destacar aqueles de iniciativa das Nações Unidas, representadas por diversas agências internacionais – tais como a FAO, a OMS, o Unicef, o Alto Comissariado de Direitos Humanos –que destinam-se a incorporar, na agenda dos governos, concepções, objetivos, metas e estratégias de alimentação e nutrição.

4.5 Participação e Controle Social

O SUS é marco da construção democrática e participativa das políticas públicas no Brasil. Sua legislação definiu mecanismos para que a participação popular, fundamental para sua constituição, faça parte do seu funcionamento através da prática do controle social nos Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas de governo.

A formulação dos planos de saúde deve emergir dos espaços onde acontecem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo e/ ou caráter consultivo.

As perspectivas Intersetorial da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional permitem considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas nessas áreas requerem, necessariamente, parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura e outros. Assim, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

Dessa forma, o debate sobre a PNAN e suas ações nos diversos fóruns deliberativos e consultivos, congressos, seminários e outros, criam condições para a reafirmação de seu projeto social e político e devem ser estimulados, sendo os Conselhos e as Conferências de Saúde espaços privilegiados para discussão das ações de alimentação e nutrição no SUS.

A CIAN é uma das comissões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) prevista na Lei n° 8080/90 e tem por objetivo: acompanhar, propor e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da PNAN e promover a articulação e a complementaridade de políticas, programas e ações de interesse da saúde, cujas execuções envolvem áreas não compreendidas no âmbito específico do SUS (BRASIL, 1990). A criação de CIAN, em âmbito estadual, distrital e municipal potencializará o debate acerca da PNAN na agenda dos Conselhos de Saúde. Nesse sentido, deverá ser fortalecido o papel dos conselheiros de saúde na expressão de demandas sociais relativas aos direitos humanos à saúde e à alimentação, definição e acompanhamento de ações derivadas da PNAN, em seu âmbito de atuação.

A instituição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA e das Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional e o fortalecimento simultâneo dos diversos fóruns e conselhos das políticas relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional trazem como desafio para o CNS e a CIAN, a ampliação do diálogo e a busca de consensos para construir democraticamente as demandas da sociedade civil sobre a PNAN e sobre o conjunto de programas e políticas a ela relacionadas.

A participação social deve estar presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. Assim, deve ser reconhecido e apoiado o protagonismo da população na luta pelos seus direitos à saúde e à alimentação por meio da criação e fortalecimento de espaços de escuta da sociedade, de participação popular na solução de demandas e de promoção da inclusão social de populações específicas.

4.6 Qualificação da Força de Trabalho

A situação alimentar e nutricional da população brasileira e o Plano Nacional de Saúde, combinados com o movimento em defesa da segurança alimentar e nutricional, fornecem indicações importantes para a ordenação da formação dos trabalhadores do setor saúde que atuam na agenda da alimentação e nutrição no SUS. Nesse contexto, torna-se imprescindível a qualificação dos profissionais em consonância com as necessidades de saúde, alimentação e nutrição da população, sendo estratégico considerar o processo de trabalho em saúde como eixo estruturante para a organização da formação da força de trabalho.

Faz-se necessário desenvolver e fortalecer mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção nutricional, de valorização dos profissionais de saúde, com o estímulo e viabilização da formação e da educação permanente, da garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, da qualificação dos vínculos de trabalho e da implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários.

A qualificação dos gestores e de todos os trabalhadores de saúde para implementação de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição voltadas à atenção e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional representa uma necessidade histórica e estratégica para o enfrentamento dos agravos e problemas decorrentes do atual quadro alimentar e nutricional brasileiro.

A Educação permanente em saúde revela-se a principal estratégia para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular. Deve embasar-se num processo pedagógico que parte do cotidiano do trabalho envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos. As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Um dispositivo importante seria a constituição de estratégias de articulação dos gestores com as instituições formadoras para desenvolvimento de projetos de formação em serviço, campos para extensão e pesquisa na rede de atenção à saúde do SUS que possibilitem o desenvolvimento de práticas do cuidado relacionadas à alimentação e nutrição.

Os cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde, em especial de Nutrição, devem contemplar a formação de profissionais que atendam às necessidades sociais em alimentação e nutrição e que estejam em sintonia com os princípios do SUS e da PNAN.

Os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN), localizados em instituições públicas de ensino e pesquisa e credenciados pelo Ministério da Saúde para o apoio ao desenvolvimento de estratégias que aperfeiçoem as ações da PNAN, são parceiros estratégicos para articular as necessidades do SUS com a formação e qualificação dos profissionais de saúde para agenda de Alimentação e Nutrição.

4.7 Controle e Regulação dos Alimentos

O planejamento das ações que garantam a inocuidade e a qualidade nutricional dos alimentos, controlando e prevenindo riscos à saúde, se faz presente na agenda da promoção da alimentação adequada e saudável e da proteção à saúde. A preocupação em ofertar o alimento saudável e com garantia de qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica à população é o produto final de uma cadeia de processos, desde a produção (incluindo a agricultura tradicional e familiar), processamento, industrialização, comercialização, abastecimento até a distribuição, cuja responsabilidade é partilhada com diferentes setores de governo e da sociedade.

A atual complexidade da cadeia produtiva de alimentos coloca a sociedade brasileira diante de novos riscos à saúde, como a presença de agrotóxicos, aditivos, contaminantes, organimos geneticamente modificados e a inadequação do perfil nutricional dos alimentos. O avanço da tecnologia contribui para maior oferta e variedade de alimentos no mercado e alto grau de processamento dos alimentos industrializados - cuja composição é afetada pelo uso excessivo de açúcar, sódio e gorduras, gerando alimentos de elevada densidade energética. Essas novas formulações, aliadas ao aumento de consumo de refeições fora do lar exigem adequações na regulação de alimentos.

Nesse contexto, a segurança sanitária busca a proteção da saúde humana, considerando as mudanças ocorridas na cadeia de produção até o consumo dos alimentos, nos padrões socioculturais decorrentes da globalização e as adaptações ao modo de produção de alimentos em escala internacional. Assim, o risco sanitário deve enfocar a abordagem integral de saúde e considerar, além de si próprio, o risco nutricional decorrente desse cenário, ampliando a capacidade de o Estado fazer uso dos instrumentos legais de controle necessários à proteção da saúde da população.

A PNAN e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS se convergem na finalidade de promover e proteger a saúde da população na perspectiva do direito humano à alimentação, por meio da normatização e do controle sanitário da produção, comercialização e distribuição de alimentos.

As medidas sanitárias adotadas para alimentos se baseiam na análise de risco, considerando-se o risco como a probabilidade de um efeito adverso à saúde em consequência de um perigo físico, químico ou biológico com o potencial de causar esse efeito adverso à saúde. Dessa forma, é fundamental o uso da ferramenta de análise de risco com a finalidade de monitorar e assegurar à população a oferta de alimentos seguros e adequados nutricionalmente, respeitando o direito individual na escolha e decisão sobre os riscos aos quais irá se expor. Nesse sentido, implementar e utilizar as Boas Práticas Agrícolas, Boas Práticas de Fabricação, Boas Práticas Nutricionais e o Sistema Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle – APPCC, na cadeia de produção de alimentos, potencializa e assegura as ações de proteção à saúde do consumidor.

Para que os órgãos de controle sanitário de alimentos possam viabilizar as ações de monitoramento e responder oportunamente às demandas que lhes são apresentadas, é preciso que sejam dotados de capacidade de resposta rápida, com um sistema ágil que permita o acompanhamento dessas ações de forma a reavaliar processos, produzir informações e a subsidiar a tomada de decisões. Dessa maneira, faz-se necessário revisar e aperfeiçoar os regulamentos sanitários e norteá-los em conformidade às diretrizes nacionais da PAAS e da garantia do direito humano à alimentação e reforçar a capacidade técnica e analítica da rede nacional de vigilância sanitária.

O monitoramento da qualidade dos alimentos deve considerar aspectos sanitários, como o microbiológico e o toxicológico, e do seu perfil nutricional, como teores de macro e micronutrientes, articulando-se com as estratégias de fortificação obrigatória de alimentos e de reformulação do perfil nutricional de alimentos processados com vistas à redução de gorduras, açúcares e sódio.

Especificamente a ação de monitoramento da publicidade e propaganda de alimentos deve buscar aperfeiçoar o direito à informação, de forma clara e precisa, com intuito de proteger o consumidor das práticas potencialmente abusivas e enganosas e promover autonomia individual para escolha alimentar saudável. Essa estratégia deve limitar a promoção comercial de alimentos não-saudáveis para as crianças e aperfeiçoar a normatização da publicidade de alimentos, por meio do monitoramento e fiscalização das normas que regulamentam a promoção comercial de alimentos.

A comunicação e os canais de interação com os consumidores devem ser ampliados, estabelecendo ações contínuas de informação para que as medidas de controle e regulação sejam compreendidas e plenamente utilizadas pela população. A maior compreensão da percepção de risco nutricional e de saúde por parte do consumidor é fundamental para o desenvolvimento de estratégias efetivas de enfrentamento às práticas inadequadas de alimentação.

A rotulagem nutricional dos alimentos constitui instrumento central no aperfeiçoamento do direito à informação. O acesso à informação fortalece a capacidade de análise e decisão do consumidor, portanto, essa ferramenta deve ser clara e precisa para que possa auxiliar na escolha de alimentos mais saudáveis. Apesar do avanço normativo da rotulagem nutricional obrigatória, ainda é possível se deparar com informações excessivamente técnicas e publicitárias que podem induzir à interpretação equivocada. Dessa forma é preciso aprimorar as informações obrigatórias contidas

nos rótulos dos alimentos de forma a torná-las mais compreensíveis e estender o uso da normativa para outros setores de produção de alimentos.

As ações relacionadas à regulação de alimentos devem estar coordenadas e integradas à garantia da inocuidade e qualidade nutricional de alimentos, com o fortalecimento institucional dos setores comprometidos com a saúde pública e a transparência do processo regulatório - em especial dos agrotóxicos em alimentos, aditivos e alimentos destinados a grupos populacionais com necessidades alimentares específicas.

Atualmente o Brasil compõe o Mercado Comum do Sul – Mercosul que apresenta políticas de regulamentação, estabelecendo práticas equitativas de comércio para os produtos alimentícios a partir da internalização e harmonização de legislações internacionais. Essas normas são amplamente discutidas com objetivo de estabelecer a livre circulação de gêneros alimentícios seguros e saudáveis, adaptadas às políticas e aos programas públicos de cada país. Outro fórum internacional de regulação de alimentos é o Codex Alimentarius, do qual o Brasil faz parte e deve levar em conta as recomendações desse espaço com vistas à defesa da saúde e da nutrição da população brasileira.

4.8 Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição

O desenvolvimento do conhecimento e o apoio à pesquisa, à inovação e à tecnologia, no campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva, possibilitam a geração de evidências e instrumentos necessários para implementação da PNAN.

Com relação ao conhecimento da situação alimentar e nutricional, o Brasil conta, atualmente, com os sistemas de informação de saúde e, em especial, o SISVAN, bem como pesquisas periódicas de base populacional nacional e local. Nesse aspecto, é importante que essas fontes de informação sejam mantidas e fortalecidas e que a documentação do diagnóstico alimentar e nutricional da população brasileira seja realizada por regiões, estados, grupos populacionais, etnias, raças/cores, gêneros, escolaridade, entre outros recortes que permitam visualizar a determinação social do fenômeno.

É fundamental manter e fomentar investimentos em pesquisas de delineamento e avaliação de novas intervenções e de avaliação de programas e ações propostos pela PNAN, para que os gestores disponham de uma base sólida de evidências que apoiem o planejamento e a decisão para a atenção nutricional no SUS. Deve-se, portanto, manter atualizada uma agenda de prioridades de pesquisas em alimentação e nutrição de interesse nacional e regional, pautada na agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.

Desse modo, é importante a ampliação do apoio técnico, científico e financeiro às linhas de investigação aliadas às demandas dos serviços de saúde, que desenvolvam metodologias e instrumentos aplicados à gestão, execução, monitoramento e avaliação das ações relacionadas à PNAN. Para esse fim, os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição (CECAN) constituem uma rede colaborativa interinstitucional de cooperação técnico-científica, que deve ser aprimorada e fortalecida à medida que produzem evidências que contribuem para o fortalecimento da gestão e atenção nutricional na rede de atenção à saúde do SUS.

4.9 Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base: práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. Esse conceito congrega questões relativas à produção e disponibilidade de alimentos (suficiência, estabilidade, autonomia e sustentabilidade) e à preocupação com a promoção da saúde, interligando os dois enfoques que nortearam a construção do conceito de SAN no Brasil: o socioeconômico e o de saúde e nutrição.

A garantia de SAN para a população, assim como a garantia do direito à saúde, não depende exclusivamente do setor saúde, mas este tem papel essencial no processo de articulação Intersetorial.

A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e da SAN na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Assim, a PNAN deve interagir com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e outras políticas de desenvolvimento econômico e social, ocupando papel importante na estratégia de desenvolvimento das políticas de SAN, principalmente em aspectos relacionados ao diagnóstico e vigilância da situação alimentar e nutricional e à promoção da alimentação adequada e saudável.

A articulação e cooperação entre o SUS e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) proporcionará o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de SAN com vistas ao enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e dos agravos em saúde, na ótica de seus determinantes sociais.

Deverão ser destacadas ações direcionadas: (i) à melhoria da saúde e nutrição das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, implicando ampliação do acesso aos serviços de saúde; (ii) à interlocução com os setores responsáveis pela produção agrícola, distribuição, abastecimento e comércio local de alimentos visando o aumento do acesso a alimentos saudáveis; (iii) à promoção da alimentação adequada e saudável em ambientes institucionais como escolas, creches, presídios, albergues, locais de trabalho, hospitais, restaurantes comunitários, entre outros; (iv) à articulação com as redes de educação e sócio-assistencial para a promoção da educação alimentar e nutricional; (v) à articulação com a vigilância sanitária para a regulação da qualidade dos alimentos processados e o apoio à produção de alimentos advinda da agricultura familiar, dos assentamentos da reforma agrária e de comunidades tradicionais, integradas à dinâmica da produção de alimentos do país.

5 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Em observância aos princípios do SUS, os gestores de saúde nas três esferas, de forma articulada e dando cumprimento às suas atribuições comuns e específicas, atuarão no sentido de viabilizar o alcance do propósito desta PNAN.

5.1 Responsabilidades do Ministério da Saúde

• Elaborar o plano de ação dentro dos instrumentos de planejamento e gestão para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano Nacional de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Pactuar, na Comissão Intergestores Tripartite, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN;

• Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios.

• Avaliar e monitorar as metas nacionais de alimentação e nutrição para o setor saúde, de acordo com a situação epidemiológica e nutricional e as especificidades regionais;

• Prestar assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;

• Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal de Saúde, para capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no SUS;

• Prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios na implantação dos sistemas de informação dos programas de alimentação e nutrição e de outros sistemas de informação em saúde que contenham indicadores de alimentação e nutrição;

• Apoiar a organização de uma rede de Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, fomentando o conhecimento e a construção de evidências no campo da alimentação e nutrição para o SUS;

• Apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, mantendo atualizada uma agenda de prioridades de pesquisa em Alimentação e Nutrição para o SUS;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com SISAN;

• Estimular e apoiar o processo de discussão sobre as ações e programas em Alimentação e Nutrição da rede de atenção à saúde, com participação dos setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social, em especial, na CIAN do Conselho Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional do povo brasileiro.

5.2 Responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal

• Implementara PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades regionais e locais;

• Pactuar na Comissão Intergestores Bipartite e nas Comissões Intergestores Regionais, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN;

• Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano Estadual de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde no âmbito estadual;

• Prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regionais de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição;

• Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no âmbito estadual, respeitando as diversidades locais e consoantes à PNAN;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera estadual;

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população da região e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional.

5.3 Responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal

• Implementar a PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais, considerando critérios de risco e vulnerabilidade;

• Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN nos municípios, com definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas, de forma contínua e articulada com o Plano Municipal de Saúde e o planejamento regional integrado, se for o caso, e com os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;

• Pactuar, monitorar e avaliar os indicadores de alimentação e nutrição e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde;

• Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na esfera municipal e/ou das regionais de saúde;

• Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde e demais instâncias de controle social existentes no município;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera municipal.

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população dos municípios e do Distrito Federal e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatria. [online]. v .22, supl. 2, 2000, p. 28- 31. Acesso em: fev. 2011.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 011, de 31 de outubro de 1991. Institui as Comissões Intersetoriais Nacionais, integrantes do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 1 nov. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 272/MS/SNVS, de 8 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 23 abr. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63 de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Enteral. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jul. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 18 set. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 373, de 14 de junho de 2007. Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Alimentação – CIAN. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 15 jun. 2007.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Brasília: Fiocruz, 2008a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate nº 9. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Chamada Nutricional da Região Norte – 2007: resumo executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 307 de 17 de setembro de 2009 (Republicada em 26.05.10). Estabelece Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença Celíaca. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 79-81, 18 set. 2009e.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 64 de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 5 fev. 2010a

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1 p.6, 26 ago. 2010b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1 p. 89, 31 dez. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN 10 anos. Brasília, 2010d.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Tradução Livre da Declaração de Nyélény. Foro Mundial pela Soberania Alimentar, Nyélény, Selingue, Mali, 28 de fevereiro de 2007. In: CONSEA. Manual orientador da 4ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.1-3, 29 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48, 24 out. 2011c.

Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 380, de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 10 jan. 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2002-2003. Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2002-2003. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2008-2009. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43.

PEREIRA, M. P. B; BARCELLOS, C. O Território no Programa Saúde da Família. Hygeia - Rev. Bras. de Geografia Médica e da Saúde, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. Rev. bras. alerg. imunopatol. – Vol. 31, Nº 2, 2008.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Estratégia global para a alimentação do bebê e da criança pequena. Resolution WHA A55.15, Geneva, 16 abr. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde. 57ª Assembléia Mundial de Saúde, 25 maio 2004.

GLOSSÁRIO

Acolhimento: prática de receber, escutar, dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito às pessoas, atitude de inclusão, que deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Alergia Alimentar: reações adversas a alimentos, dependentes de mecanismos imunológicos, mediadas por Imunoglobulina E (IgE) ou não. Os alimentos mais comumente envolvidos em alergias alimentares são leite de vaca, ovo de galinha, soja, trigo, amendoim, peixe e crustáceos.

Alimentação adequada e saudável: prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Deve estar de acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis; com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

Alimentos para fins especiais: alimentos especialmente formulados ou processados, nos quais se introduzem modificações no conteúdo de nutrientes adequados à utilização em dietas diferenciadas e ou opcionais, atendendo necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas.

Atenção básica à saúde: conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde e sofrimento devem ser acolhidos.

Atenção integral à saúde: conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, orientadas pelas necessidades da

população, e que incluem a atitude do profissional no encontro com os usuários, a organização dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas capazes de incidir sobre os determinantes sociais de saúde.

Atenção nutricional: compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

Avaliação nutricional: análise de indicadores diretos (clínicos, bioquímicos, antropométricos) e indiretos (consumo alimentar, renda e disponibilidade de alimentos, entre outros) que têm como conclusão o diagnóstico nutricional do indivíduo ou de uma população.

Codex Alimentarius: comissão que tem por finalidade discutir e elaborar normas alimentares, regulamentos e outros textos relacionados à proteção da saúde do consumidor, assegurar práticas de comércio claras e promover a coordenação das normas alimentares cosntruídas por organizações governamentais e não-governamentais.

Coordenação do cuidado: Atuação como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em quaisquer desses pontos, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também outras estruturas públicas, comunitárias e sociais necessárias para o cuidado integral à saúde.

Cuidados relativos à alimentação e nutrição: compreendem o diagnóstico e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, educação alimentar e nutricional, orientação alimentar, prescrição dietética, fornecimento de alimentos para fins especiais, oferta da alimentação em nível hospitalar e suporte nutricional enteral e parenteral.

Diagnóstico nutricional: identificação e determinação do estado nutricional, com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtido a partir da avaliação nutricional de indivíduos ou coletividades.

Direito humano à alimentação adequada: direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.

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

Doença Celíaca: doença de caráter crônico causada pela intolerância permanente ao glúten, principal fração proteica presente no trigo, no centeio, na cevada e na aveia, que se expressa por enteropatia mediada por linfócitos T em indivíduos geneticamente predispostos, gerando uma redução na absorção dos nutrientes ingeridos

Equipe de referência: equipe de profissionais da atenção básica responsável pela população adscrita de um determinado território. A proposta de equipe de referência na atenção básica à saúde parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais. Prioriza a construção de objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida. Assim, uma das funções importantes da coordenação (gerência) de uma equipe de referência é justamente produzir interação positiva entre os profissionais em busca das finalidades comuns, apesar das diferenças entre eles, sem tentar eliminar essas diferenças, mas aproveitando a riqueza que elas proporcionam.

Equipe de apoio matricial: conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, apoio especializado às equipes de referência nas dimensões assistencial (ação direta com os usuários) e técnico-pedagógico (ação de apoio educativo com e para a equipe). Para tanto, deve ocorrer a compreensão do que é conhecimento nuclear dos profissionais de apoio matricial e do que é conhecimento comum e compartilhável junto às equipes de referência.

Erros inatos do metabolismo: grupo de doenças geneticamente determinadas, decorrentes de deficiência em alguma via metabólica que está envolvida na síntese (anabolismo), transporte ou na degradação (catabolismo) de uma substância. O “Teste do Pezinho”, exame obrigatório do Programa de Triagem Neonatal, detecta as doenças de maior incidência como fenilcetonúria, hipotiroidismo congênito, anemia falciforme, hemoglobinopatias e fibrose cística.

Humanização: valorização dos diferentes sujeitos pertencentes ao processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Intersetorialidade: articulação entre diferentes setores para enfrentar problemas complexos visando à superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas.

Intolerância Alimentar: reações adversas a alimentos não dependentes de mecanismos imunológicos (não imuno-mediadas). Pode ocorrer pela ausência de enzimas digestivas. Por exemplo, a não produção da enzima lactase, responsável pela digestão da lactose presente no leite, pode causar intolerância a este alimento e seus derivados e a preparações que os tenham como ingredientes.

Linhas de cuidado: forma de articulação dos recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de Linhas de

Cuidado (LC) deve ser a partir das unidades da Atenção Básica, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.

Mercado Comum do Sul - Mercosul: é uma área de livre circulação de bens com uma taxa comercial padronizada para um grupo de países. Há uma política comercial comum de países da América do Sul. Composta até o momento por quatro países: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

Necessidades Alimentares Especiais: Em todas as fases do curso da vida ocorrem alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares dos indivíduos, assim como um infinito número de patologias e agravos à saúde também podem causar mudanças nas necessidades alimentares. As Necessidades Alimentares Especiais estão aqui referidas como as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). Exemplos: erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/AIDS, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias, etc.

Nutrição Enteral: alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Nutrição Parenteral: solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Pontos de Atenção à Saúde: são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Exemplos: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Povos e Comunidades Tradicionais: de acordo com o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, são grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. Incluem os indígenas, quilombolas, faxinais, fundos de pasto, geraizeiros, pantaneiros, caiçaras, ribeirinhos, seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco de babaçu, ciganos, comunidades de terreiros, pomeranos, sertanejos, agroextrativistas, vazanteiros, pescadores artesanais.

Prescrição Dietética: atividade privativa do nutricionista que envolve o planejamento dietético com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional, que compõe a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde em âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. Esse procedimento deve ser acompanhado de assinatura e número da inscrição no CRN do nutricionista responsável pela prescrição.

Rede de Atenção à Saúde: é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza- se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da AB como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Segurança alimentar e nutricional: de acordo com a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN): sistema público de abrangência nacional que possibilita a gestão Intersetorial e participativa e a articulação entre os entes federados para a implementação das políticas públicas promotoras da segurança alimentar e nutricional, numa perspectiva de complementaridade de cada setor. É integrado por uma série de órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS): compreende o conjunto de ações, definidas na Lei nº 8080/1990, executado por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

Soberania Alimentar: De acordo com a Declaração de Nyélény (2007), “é um direito dos povos a alimentos nutritivos e culturalmente adequados, acessíveis, produzidos de forma sustentável e ecológica, e seu direito de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo. Isso coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no

coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências dos mercados e das empresas. (...) A soberania alimentar promove o comércio transparente, que garanta uma renda digna para todos os povos, e os direitos dos consumidores de controlarem sua própria alimentação e nutrição. Garante que os direitos de acesso e a gestão da terra, territórios, águas, sementes, animais e a biodiversidade estejam nas mãos daqueles que produzem os alimentos. A soberania alimentar supõe novas relações sociais livres de opressão e desigualdades entre homens e mulheres, grupos raciais, classes sociais e gerações".

Suplementos Nutricionais: alimentos que servem para complementar, com calorias e ou nutrientes a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requiser suplementação.

Suplementos Vitamínicos e/ou Minerais: alimentos que servem para complementar, com outros nutrientes, a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requiser suplementação; devem conter um mínimo de 25% e no máximo 100% da ingestão diária recomendada (IDR) de vitaminas e/ou minerais, na porção diária indicada pelo fabricante, não podendo substituir os alimentos, nem serem considerados como dieta exclusiva.

Terapia nutricional: conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

Territorialização: processo de demarcação das áreas de atuação dos serviços de saúde; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; e de identificação e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e equipamentos sociais do território.

Transtornos alimentares: desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Incluem: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Ortorexia, Vigorexia, Transtorno Obsessivo Compulsivo por alimentos, entre outros.

Vigilância alimentar e nutricional: consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

COLABORADORES

Colaboradores	Instituições*
Alexandre Soares de Brito	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Beatriz Vasconcellos	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Carolina Feldenheimer	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Maria Cavalcante de Lima	CGAN/DAB/SAS/MS
Aristel Gomes Bordini Fagundes	CGPO/SE/MS
Carlos Augusto Monteiro	Consultor
Carolina Belomo de Souza	CGAN/DAB/SAS/MS
Célio Luiz Cunha	CGAN/DAB/SAS/MS
Cora Araújo	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPEL
Denise Cavalcante de Barros	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ
Denise Eduardo Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Denise Oliveira e Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ
Dillian Adelaine Cesar da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Dirceu Ditmar Klitzke	CGAN/DAB/SAS/MS
Edite Schutz	CGAN/DAB/SAS/MS

Eduardo Alves Melo	CGGAB/DAB/SAS/MS
Eduardo Augusto Fernandes Nilson	CGAN/DAB/SAS/MS
Élida Amorim Valentim	CGAN/DAB/SAS/MS
Elisabetta Recine	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Estelamaris Monego	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFG
Gilson Carvalho	Consultor
Gisele Bortolini	CGAN/DAB/SAS/MS
Helen Altoé Duar	CGAN/DAB/SAS/MS
Inês Rugani	Grupo de Trabalho Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva da ABRASCO
Ivanira Amaral Dias	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPA
Janine Coutinho	Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS
José Divino Lopes Filho	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFMG
José Eudes Barroso Vieira	CGAN/DAB/SAS/MS
Juliana Amorim Ubarana	CGAN/DAB/SAS/MS
Juliana Rochet	Consultora
Karla Lisboa Ramos	CGAN/DAB/SAS/MS
Kathleen Sousa Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Kelly Poliany de Souza Alves	CGAN/DAB/SAS/MS
Letícia de Oliveira Cardoso	Consultora
Luciene Burlandy	Consultor
Luis Fernando Rolim Sampaio	Consultor
Márcia Fidélix	Assossiação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Maria da Conceição Monteiro da Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFBA
Maria Teresa Gomes de Oliveira Ribas	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Mariana Carvalho Pinheiro	CGAN/DAB/SAS/MS

Marília Leão	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Michele Lessa de Oliveira	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Nildes de Oliveira Andrade	Conselho Nacional de Saúde
Patrícia Chaves Gentil	CGAN/DAB/SAS/MS
Patrícia Constante Jaime	Centro de Referência em Alimentação e Nutrição – USP
Paula Jeane Araújo	CGAN/DAB/SAS/MS
Pedro Israel Cabral de Lira	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPE
Regina Maria Ferreira Lang	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPR
Regina Miranda	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Rosane Nascimento	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Sara Araújo da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Silvia Ângela Gugelmin	Consultor
Sônia Lucena	Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Vanessa de C. Figueiredo	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Vanessa Schottz Rodrigues	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Vanessa Thomaz Franco	CGAN/DAB/SAS/MS

ANEXO 2 DO ANEXO III

DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA E ATUAÇÃO DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH) (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Anexo 1)

Definição da estrutura e atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH)

1. A estruturação dos Bancos de Leite Humano (BLH) no País será definida conforme as normas e orientações a seguir descritas.

a) a coordenação do processo de formulação da política pública de saúde referente a Bancos de Leite Humano, bem como a elaboração de critérios para implantação e implementação destas unidades são responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) por meio da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno;

b) para o cumprimento dessa responsabilidade, a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno contará com instâncias consultivas e assessoras, representadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), pela Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) e pelo Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH).

c) a Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) será composta por 7 (sete) membros designados pela SAS conforme os seguintes critérios:

- coordenador da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH);

- um representante da Associação Brasileira de Profissionais de Bancos de Leite Humano (ABPBLH); e

- um representante de cada Região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul), escolhido entre os coordenadores dos bancos de leite humano da região.

2. Compete ao Banco de Leite Humano:

a) promover, proteger e apoiar o aleitamento materno;

b) operacionalizar, de forma otimizada, o excedente da produção láctica de suas doadoras;

c) executar as operações de coleta, seleção e classificação, processamento, controle clínico, controle de qualidade e distribuição do Leite Humano Ordenhado (LHO), em conformidade com os dispositivos legais vigentes;

d) responder pelo funcionamento dos Postos de Coleta a ele vinculados;

e) buscar a certificação da qualidade dos produtos e processos sob sua responsabilidade; e

f) a licença para funcionamento do Banco de Leite Humano condiciona-se à designação de um coordenador local de nível superior.

3. Compete à FIOCRUZ:

a) manter o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano como instância responsável pela retroalimentação técnico-científica das ações relacionadas a Bancos de Leite Humano em todo o território nacional;

b) manter a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano como instância de articulação com o SUS para implantação e implementação das ações estratégicas definidas na política nacional de saúde para o setor;

4. Compete à Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH):

a) assessorar a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS na formulação, controle e avaliação da política relativa aos Bancos de Leite Humano, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros;

b) discutir diretrizes, identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos;

c) assessorar o monitoramento das atividades, participar do redirecionamento de estratégias, apoiar o processo de articulação, mobilizando e sensibilizando setores do Governo e da sociedade civil para o desenvolvimento de ações inerentes ao tema; e

d) propor medidas sobre assuntos a ela submetidos pela SAS e pelos membros da Comissão.

5. O Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH) é o Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, órgão de pesquisa e instância assessora e executora das ações planejadas para os bancos de leite humano pela Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS.

6. Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) designar as Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano (CEBLH) e os Centros de Referência Estaduais em Banco de Leite Humano (CRE-BLH), vinculando-os à área competente que coordena as ações de aleitamento materno no seu âmbito respectivo.

7. As Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano terão por finalidade prestar assessoramento à área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde no planejamento, no controle e na avaliação das ações de Bancos de Leite Humano.

8. Os Centros de Referência Estaduais de Bancos de Leite Humano são órgãos de pesquisa e instâncias executoras das ações planejadas pela área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde.

ANEXO IV

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Origem: PRT MS/GM 1102/2010)

Art. 1º Fica instituída a Comissão Técnica e Multidisciplinar de elaboração e atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais (Renaplam) e da Relação Nacional de Fitoterápicos (Renafito) (COMAFITO), a ser coordenada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e integrada por um representante de cada um dos seguintes órgãos, entidades e instituições, com total de 14 (quatorze) membros: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I)

a) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, a)

b) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, b)

c) Departamento de Ciência e Tecnologia ; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, c)

d) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, d)

e) Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, e)

f) Fundação Oswaldo Cruz; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, f)

g) Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, g)

h) Farmacopéia Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, h)

II - sociedade científica (1 representante); e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, II)

III - universidades (5 representantes) (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, III)

Art. 2º A natureza, as competências, a composição e o funcionamento da Comissão de que trata o art. 1º serão definidos em regimento interno a ser aprovado por ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 2º)

Art. 3º A Secretaria Executiva da COMAFITO será exercida por representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que terá a função de organizar as atividades administrativas e de encaminhar outros assuntos de rotina que não necessitem da convocação de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º)

Parágrafo Único. A coordenação da COMAFITO deve ser exercida pelo coordenador da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE). (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º, Parágrafo Único)

ANEXO V

Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (Origem: PRT MS/GM 2761/2013)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Art. 2º A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 2º)

Art. 3º A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º)

I - diálogo; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, I)

II - amorosidade; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, II)

III - problematização; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, III)

IV - construção compartilhada do conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, IV)

V - emancipação; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, V)

VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, VI)

§ 1º Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 5º)

§ 6º O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 6º)

Art. 4º São eixos estratégicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º)

I - participação, controle social e gestão participativa; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, I)

II - formação, comunicação e produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, II)

III - cuidado em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, III)

IV - intersetorialidade e diálogos multiculturais. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, IV)

§ 1º O eixo estratégico da participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 3º)

§ 4º O eixo estratégico da intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 4º)

Art. 5º A PNEPS-SUS tem como objetivo geral implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 5º)

Art. 6º São objetivos específicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º)

I - promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, I)

II - fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, II)

III - reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, III)

IV - fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IV)

V - incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, V)

VI - apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VI)

VII - contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas políticas públicas referenciadas na Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VIII)

IX - apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IX)

X - contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, X)

XI - assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º)

I - implementar as ações da PNEPS-SUS, incorporando-as no Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas no âmbito do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS); (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, II)

III - garantir financiamento para implementação integral da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, III)

IV - promover a articulação intrasetorial permanente para a implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, IV)

V - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, V)

VI - apoiar tecnicamente as Secretarias Estaduais de Saúde na implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, VI)

Art. 8º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Estadual e Plurianual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, II)

III - apoiar tecnicamente as secretarias municipais de saúde na implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, III)

IV - garantir financiamento complementar aos municípios para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, VI)

Art. 9º Compete às secretarias municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Municipal Plurianual de Saúde, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer e implementar estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, II)

III - implementar o Plano Operativo da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, III)

IV - garantir financiamento solidário para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, VI)

Art. 10. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete as atribuições reservadas às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 10)

Art. 11. Compete às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regional (CIR) avaliar e aprovar os Planos Operativos da Educação Popular em Saúde, considerando as especificidades locais e a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 11)

Art. 12. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articulará, no âmbito do Ministério da Saúde a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 12)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Art. 13. Fica instituído o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º)

I - participar da formulação, bem como acompanhar a implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, I)

II - colaborar com a elaboração de estratégias de mobilização, a fim de garantir a construção democrática e descentralizada da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, II)

III - acompanhar os acordos negociados entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais referentes às práticas de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, III)

IV - apoiar os movimentos, as entidades e instituições com vistas ao desenvolvimento da Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IV)

V - contribuir para o fortalecimento da luta pelo direito à saúde e em defesa do SUS, por meio da participação popular, identificando, divulgando e promovendo novos canais de participação popular e controle social, assim como colaborando com os já instituídos conselhos e conferências; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, V)

VI - participar e colaborar com as iniciativas do Ministério da Saúde que visem à incorporação da Educação Popular em Saúde como prática democrática na construção de políticas públicas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VI)

VII - apoiar e colaborar com a implementação do Programa Nacional de Inclusão Digital (PID) e com os processos de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VII)

VIII - contribuir, por meio dos princípios da Educação Popular em Saúde, com a construção das bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde desenvolvidas no SUS, fortalecendo a autonomia da população e a relação fraterna e solidária entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VIII)

IX - contribuir com as ações de extensão universitária, pesquisa e ensino das instituições e dos centros de ensino (universidades, faculdades, escolas técnicas, entre outras), que tenham a Educação Popular em Saúde como princípio ético na formação dos profissionais e educadores articulados com a realidade da população, em função da importância das práticas populares de saúde e da participação popular para a efetivação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IX)

Art. 14. O Comitê será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos, entidades e organizações não governamentais a seguir indicados: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I)

a) 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo um deles o Coordenador do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, a)

b) 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, b)

c) 2 (dois) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, c)

d) 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, e)

f) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, f)

II - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante da Agência Nacional de Saúde (ANS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, V)

VI - 2 (dois) representantes da Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante da Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), por meio de seu Grupo de Trabalho de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IX)

X - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Movimento Popular de Saúde (MOPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIII)

XIV - 1 (uma) representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIV)

XV - 1 (um) representante da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Central de Movimentos Populares (CMP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVI)

XVII - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVII)

XVIII - 1 (um) representante do segmento das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 3075/2010)

XIX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIX)

XX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XX)

XXI - 1 (um) representante do Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XXI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3075/2010)

Parágrafo Único. Os membros, titulares e suplentes, do Comitê deverão ser indicados respectivamente, pelos órgãos, entidades e organizações não governamentais à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, que os designará por meio de ato do seu titular. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 15. Caberá à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde, apoiar, técnica e administrativamente o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 3º)

Art. 16. O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao objeto deste Capítulo, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 4º)

Art. 17. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 5º)

Art. 18. O CNEPS elaborará, em sua primeira reunião, proposta de cronograma de trabalho e agenda de atividades a ser submetida à SGEP, bem como constituirá uma comissão para elaborar proposta de regimento interno a ser aprovado pelos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 6º)

Art. 19. O CNEPS reunirá, ordinariamente, 2 (duas) vezes ao ano e, extraordinariamente, quando se fizer necessário, observada a disponibilidade orçamentária e financeira. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 7º)

ANEXO VI

Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública (Origem: PRT MS/GM 149/2016)

Art. 1º Ficam aprovadas as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde quanto à gestão, planejamento, uniformização, monitoramento e avaliação no que se refere ao acolhimento, diagnóstico, tratamento e cura, prevenção de incapacidades e organização do serviço. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase visam ao fortalecimento das ações de vigilância e atenção da hanseníase, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde, com base na comunicação, educação e mobilização social. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 2º)

Art. 3º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública estarão elencadas no Manual Técnico Operacional disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 3º)

ANEXO VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001)

Art. 1º Fica instituída, na forma do Anexo 1 do Anexo VII , a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política de que trata este artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 2º)

ANEXO 1 do ANEXO VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

I. INTRODUÇÃO

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

A presente Política Nacional, instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS, entre outros).

Assim delimitada, esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Os acidentes e as violências resultam de lições ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com conseqüências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde.

De outra parte, acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, conto o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão. Esta Política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos

consta na Classificação Internacional de Doenças - CID. (OMS, 1985 e OMS, 1995) - sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.

Ao incorporar os dois temas como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação – com os outros setores e com a sociedade civil - na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação,

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos-registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1996 e 1997, os acidentes e as violências foram responsáveis por aproximadamente, 120 mil óbitos anuais.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios – estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais - são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). Assinale-se que, na população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa etária por projétil de arma de fogo. A população masculina, além de armas de fogo (SIM/MS - 1997), está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas.

A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas. Nas áreas rurais, entretanto, o fenômeno está também presente, embora a sua gênese e as suas manifestações sejam diversas e pouco investigadas. Nelas são geradas mortes em conflitos pela terra, em áreas de garimpo, na rota do narcotráfico, ao lado do aliciamento e da exploração de crianças e adolescentes para a prostituição e o trabalho escravo. São também consideráveis as vítimas de intoxicações por agrotóxicos e de envenenamentos por animais peçonhentos.

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (Reichenheim e Werneck, 1994; Iunes, 1997; Vermelho, 1994).

Menos freqüentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à autoagressão, como o suicídio e as tentativas não consumadas. Apesar da subnotificação, vem sendo observado um aumento dos casos: a taxa de suicídio aumentou 34%, entre 1979 a 1997. Em 1997, 6.920 pessoas cometeram suicídio. A população masculina jovem - de 0 a 24 anos - é o grupo que se encontra maior risco para tal violência.

No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, seja regional ou mesmo local. Dados das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH – mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por essas causas, somente nos hospitais ligados ao SUS. A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também; como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade (Lebrão e cols., 1997).

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral. Em 1997, o total desses gastos correspondeu a R$ 232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Embora se saiba que esses valores estão bastante subestimados, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações (Iunes, 1997).

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortes, quanto de feridos. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), da Fundação Nacional de Saúde, revelam que, em 1996, 35.545 pessoas morreram em conseqüência de acidentes de transporte. No ano de 1996, esses acidentes corresponderam a cerca de 30% do total de causas externas. A taxa de mortalidade - 22,6 por 100.000 habitantes - foi 40% maior do que a de 1977.

O adulto jovem apresenta-se como vítima importante, fato que evidencia não só um dano social, mas perdas na população economicamente ativa (Mello Jorge e Latorre, 1994; Mello Jorge e cols., 1997). O Departamento Nacional de Estradas e Rodagens - DNER cita que, somente nas estradas federais do País, em 1995, ocorreram 95.514 acidentes, com 63.309 pessoas envolvidas, entre feridos e mortos, dos quais cerca de 56% tinham menos de 33 anos de idade (MT, 1996). As crianças em idade escolar e os idosos são grupos também especialmente vulneráveis aos atropelamentos.

O novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998, por meio da Lei N.° 9.503, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. Uma de suas características é o expressivo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, por conseguinte, um instrumento apenas punitivo. A sua implantação configura, assim, o mecanismo legal e eficaz para a diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículos e via pública.

O retardamento da implantação completa do CTB e a precária fiscalização na aplicação das leis já implantadas comprometem os resultados esperados de redução da violência no trânsito. A sensibilização da sociedade quanto à relevância do Código é fundamental. A implantação efetiva do CTB requer, por outro lado, a superação do atraso tecnológico nas questões do trânsito brasileiro, como a baixa confiabilidade das estatísticas referentes à frota das

pessoas habilitadas, bem como em relação às vítimas e às ocorrências de acidentes de trânsito: o precário controle de tráfego, inspeção e segurança veicular; a desagregação de normas e procedimentos relativos à engenharia de trânsito; a fiscalização inadequada; e o treinamento ultrapassado para a habilitação de novos condutores, além da capacitação técnica de recursos humanos. Acrescente-se a isso o insuficiente conhecimento acerca desses eventos e vítimas, visto que os dados de atendimentos em prontos socorros, por exemplo, não estão abrangidos nas estatísticas oficiais.

Em relação aos acidentes e às violências, são várias as fontes a partir das quais se pode investigar, cada uma constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geram. Além disso, sofrem diretamente as influências das limitações características dos sistemas de notificação, às vezes difíceis de serem compatibilizados. Desse modo, os resultados das investigações são divergentes, dependendo da fonte consultada ocasionando distorções e erros interpretativos (Mello Jorge, 1990; Souza e cols., 1996).

As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são do Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinatox).

O BO, instrumento utilizado nas Delegacias de Polícia nos níveis estadual e municipal, é uma fonte que pode ser complementada pelo Boletim de Ocorrência gerado pela Polícia Militar. Não é padronizado em nível nacional e, em geral, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia.

Por intermédio das Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito os Detran estaduais, os Departamentos de Estrada nos três níveis de governo e os órgãos executivos municipais coletam os dados relativos aos acidentes ocorridos nas vias sob a sua jurisdição, utilizando documentos distintos que identificam veículos, condutores, passageiros, pedestres e condições das vias. Esses dados são sintetizados pelo DENATRAN, que recebe as informações de acidentes de trânsito registrados pelos Detran e pela Polícia Rodoviária Federal, mediante o Sistema Nacional de Acidentes de Trânsito (SINET/DENATRAN). Entretanto, não existe articulação eficiente entre os níveis federal, estadual e municipal desse Sistema além do que seus dados não são analisados nem retroalimentam adequadamente tal sistema.

A CAT por sua vez, é o instrumento de notificação utilizado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS - para fins de concessão de benefícios. Dada a sua ampla aplicação em todo o Território Nacional, constitui-se na principal fonte de informação para o estudo da morbimortalidade ocupacional. Além do reconhecido sub-registro, essa fonte exclui os autônomos, os empregados domésticos, os vinculados a outros sistemas previdenciários e os sem carteira assinada. Tais limitações, particularmente considerando a grande parcela de trabalhadores inseridos no setor informal da economia, dificultam a conformação do perfil epidemiológico da população trabalhadora do País. A partir desses registros, verificou-se, no ano de 1996, que 90% dos acidentes notificados ocorreram nas regiões Sudeste e Sul, dos quais a metade no setor industrial; destes cerca de 60% referem-se ao grupo etário de 18 a 35 anos de idade. Entre os trabalhadores do sexo masculino, o principal ramo gerador de acidentes é a construção civil.

Nos acidentes ampliados - incêndios, explosões e vazamentos envolvendo produtos químicos perigosos -, embora conhecidos pelo seu impacto nas comunidades e no meio ambiente, 90% das vítimas imediatas são os próprios trabalhadores. Algumas vezes, resultam em verdadeiras catástrofes, provocando dezenas, centenas ou milhares de mortes em um único evento. São exemplos desses acidentes o de Vila Socô, em Santos, 500 óbitos aproximadamente, e o da Plataforma de Enchova, no Rio de Janeiro, em 1984 - 10 óbitos -, além de eventos recentes, como o do shopping de Guarulhos, São Paulo, que provocou dezenas de mortes.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, engloba em torno de 80% da assistência hospitalar do País e sua massa de dados diz respeito a cerca de 13 milhões de internações/ano. Nesse aspecto, é importante salientar que, até 1997, estão sendo os dados de acidentes e de violências eram os relativos somente à natureza da lesão que levou à internação, sem qualquer esclarecimento quanto ao seu agente causador. A partir de 1998, em decorrência da Portaria Ministerial N.º 142, de 13 de novembro de 1997, estão sendo codificados também os tipos de causas externas geradoras das lesões que ocasionaram a internação. Assinale-se que não existem sistemas de informação epidemiológica relacionados aos atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios, e que contemplam estudos mais apurados relativos a acidentes e a violências.

Implantado no País em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) - é gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. Embora abranja, atualmente, mais de 900 mil óbitos/ano, a sua cobertura não é ainda completa em algumas áreas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à qualidade das informações relativas a acidentes e a violências, algumas deixam a desejar. Os dados, nesse contexto, têm origem nas Declarações de Óbitos - DO - preenchidas nos Institutos de Medicina Legal. A qualidade das informações é ainda discutível, na medida em que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito. Nesses casos, sabe-se apenas que se trata de uma morte decorrente de causas externas. Tal ocorrência vem sendo verificada em cerca de 10% do total de mortes por acidentes e violências no País, alcançando em algumas áreas, valores bem mais elevados. Em determinadas localidades, essa distorção tem sido sanada ou minimizada com o auxílio de informações de outras fontes, tais como consultas ao prontuário hospitalar, latidos de necropsia ou utilização de noticiários de jornais.

Já o Sistemas Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sintox) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1980, tendo por base experiências pioneiras e bem sucedidas em locais como o Centro de Controle de Intoxicações dos Hospitais Menino de Jesus em São Paulo e João XXIII, em Belo Horizonte, ambas em 1972. A criação do Sinitox originou-se da necessidade de se criar um sistema abrangente de alcance nacional, capaz de fornecer dados precisos sobre medicamentos e demais agentes tóxicos existentes às autoridades, aos profissionais de saúde e as áreas afins, bem como à população em geral. Em 1997, esse Sistema estava formado por uma rede de 31 Centros de Controle de Intoxicações em 16 estados. Um total de 50.264 casos de intoxicação humana foram registrados no Brasil, em 1995. Embora seja um sistema de referência para a América Latina, é importante reconhecer que o Sinitox ainda padece de importante subnotificação, causada, em parte, pela não obrigatoriedade do registro e pela não uniformidade dos dados em relação ocorrências.

Em função do crescimento dos acidentes e das violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos - principalmente no que se refere à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles -, somente nos últimos anos é que têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de

estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos.

De outra parte, é consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, que precedem a porta do hospital ou, até mesmo, o acionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A partir da ocorrência do evento, no entanto, o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido de maneira importante na minimização da morbimortalidade por tais eventos. A literatura publicada nos anos 80 nos Estados Unidos e em vários países da Comunidade Européia apresenta evidências de que a percentagem de mortes evitáveis sofreu uma redução da ordem de 50% ou mais, a partir da implantação de sistemas de atendimento ao traumatizado.

No Brasil da década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, particularmente de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), levou alguns estados a criarem seus serviços dissociados de uma linha mestra e de uma normalização típica de planejamento, instalação e operacionalização, respeitadas as diferenças regionais, surgindo, assim, um verdadeiro mosaico de modelos, a maioria deles com deficiências técnicas importantes, tanto no setor público, quanto privado.

O desenvolvimento de APH teve início no Estado do Rio de Janeiro. Desde então, diversos grupos foram criados, os quais sensibilizaram os governos locais, levando ao surgimento de alguns serviços de atendimento pré-hospitalar (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará). Alguns outros estados estão dando início ao processo de implantação, principalmente por conta do projeto de Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus), que visa, entre outros, à melhoria e à capacitação dos serviços de atendimento de emergência no País.

O sistema de APH tem a finalidade de atender vítimas em situação de urgência e emergência, antes da sua chegada ao hospital. No Brasil, existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone n.° 192, desenvolvido e operacionalizado pelo governo municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos Bombeiros. Em algumas cidades, ambos têm a presença do profissional médico. Os dois sistemas funcionam a partir de uma central de chamados, que recebe as solicitações. Dessa central emanam as ordens e apoio às diferentes ações. De acordo com as novas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, as centrais de APH deverão ampliar as suas especificações e objetivos, passando a ser denominadas de Regulação Médica.

No elenco de problemas identificados, verifica-se a falta de normalização dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A ausência de uma ficha de atendimento com informações básicas, imprescindíveis e comuns a todos os APH, tem contribuído para que ocorram graves distorções. Não existe um processo sistematizado de alimentação e retroalimentação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento às urgências, tais como saúde, segurança, educação, meteorologia, geologia, entre outros. Os boletins de ocorrência das diferentes unidades de segurança pública das três esferas governamentais são preenchidos, de maneira geral, de forma inadequada e incompleta e, o que é mais grave, sem nenhuma padronização.

Entre as dificuldades do atendimento pré-hospitalar, inclui-se a falta de orientação da população sobre como proceder diante de uma situação de emergência, o que contribui, muitas vezes, para o agravamento do estado das vítimas. Ao lado disso, a ausência de normas para a transformação veicular em ambulância, a exemplo dos sistemas americano, francês e alemão, favorece a adoção de viaturas não condizentes ao resgate e ao tratamento intensivo, como, por exemplo, o uso de veículos de passeio. A inexistência dessa padronização é verificada, também, nos insumos tecnológicos do suporte avançado de vida. É comum encontrar veículos designados como Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e de resgate que não dispõem de respiradores artificiais, bombas de infusão, monitores cardíacos, marcapasso, estojos para pequenos procedimentos cirúrgicos, materiais de imobilização e maletas de medicamentos.

Essas limitações comprometem o planejamento logístico e estratégico de atenção a situações de emergência. No que tange aos recursos humanos, não há um currículo mínimo, regulamentado pelo Ministério da Educação (MEC), para a formação de profissionais para este fim, desde o nível mais elementar ao de nível superior. Soma-se a isso a falta de estudos mais aprofundados sobre o número e a qualidade de veículos, uma vez que os índices internacionais não contemplam a peculiar situação brasileira de densidade demográfica flutuante, condição do fluxo viário urbano e dificuldade de equipamentos aéreos de atendimento a acidentados.

Diante de todos os limites e dificuldades que existem no Brasil em relação ao atendimento pré-hospitalar, vale a pena ressaltar que experiências empíricas demostram a redução do tempo de permanência hospitalar, de seqüelas e da mortalidade, desde que o APH integre uma estrutura maior de atenção a emergências, com unidades hospitalares, terapia intensiva, imaginologia e outros insumos, principalmente preventivos.

O atendimento médico-hospitalar de urgência e emergência é um segmento da saúde que muito vem exigindo de economistas e administradores especializados. Trata-se de uma vertente que, por envolver procedimentos caros, absorve parcela expressiva dos recursos financeiros da área da saúde. Exige, ao mesmo tempo, perspicácia e agilidade administrativas. Esses aspectos são universais, mas tornam-se bastante evidentes em países emergentes, sobretudo em decorrência da falta de investimento maciço na atenção básica de saúde, contribuindo para o uso inadequado das unidades de emergência.

Essa realidade, presente no dia a dia das unidades de saúde, está associada à falta de resolutibilidade no atendimento primário - que vai desde dificuldades para agendar consultas, até carência de recursos tecnológicos; são raros os municípios que integram um sistema hierarquizado e regionalizado de serviços. Como resultante, muito tempo é perdido até a chegada do paciente a uma unidade adequada para o atendimento de suas necessidades, o que contribui para o agravamento de seu estado.

Considerando as dificuldades do atendimento hospitalar e os reflexos da problemática do trânsito na sua esfera de competência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS N.º 2.329. de 9 de junho de 1998, mediante a qual instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Trata-se de um programa de recuperação dos serviços de emergência que envolve: a implantação de uma central de regulação, conforme definida na Resolução CFM N.° 1.529/98 de grande importância como observatório epidemiológico; o incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços; e a criação de unidades especializadas de urgência.

Com o crescimento da violência no Brasil, os leitos hospitalares têm se tornado ainda mais escassos. Conseqüentemente, torna-se insuficiente o número de profissionais e de leitos em unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-anestésica, bem como dos serviços de imagem. Acresce-se, ainda, o estrangulamento da capacidade

operacional dos laboratórios. Esses problemas se agravam nos serviços de pediatria, neonatologia, cardiologia, ortopedia, traumatologia e atendimento a queimados, nos quais a demanda por atendimento é bem maior do que a oferta de unidades de saúde.

Em relação a recursos humanos, tanto em termos numéricos quanto de capacitação, muito há que ser feito. As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-as para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação e êxodo, ficando tais serviços, por vezes, a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente.

Sob o ponto de vista das sequelas decorrentes das lesões devidas a acidentes e a violências, quando não levam o paciente diretamente à morte, podem demandar uma internação, às vezes longa, com gastos elevados. Além disso, há a possibilidade de gerarem seqüelas permanentes e incapacidades. Dados apresentados pelas Nações Unidas estimaram que em 1991, no Brasil, em cada grupo de mil pessoais, 17 eram portadoras de seqüelas (cit. em Whitaker. l993). Entre os danos produzidos no paciente que exemplificam essa última situação, destacam-se as lesões medulares traumáticas.

Em 1997, foram atendidos nos hospitais ligados ao SUS. 6.388 pacientes com fratura de coluna vertebral, com taxa de internação mais elevada que nos anos anteriores. Quanto à localização da fratura, mais de 50% dos casos corresponderam aos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da atuação e a possível ocorrência de seqüelas (Laurenti e cols., 1998).

Um outro exemplo pode ser dado valendo-se de estudo da distribuição de pacientes atendidos, naquele mesmo ano, na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor (rede pública e de referência nacional para recuperação e reabilitação): do total de 293 pacientes, 42.2% foram vítimas de acidentes de trânsito, 24,0% de disparos de armas de fogo, 12,4% de mergulhos em águas rasas, 11,6% de quedas e 9.5% de outros tipos de acidentes e de violências. A grande maioria desses pacientes era formada por jovens, com idade entre 10 e 29 anos - 53.7% -, o que representa para o País o ônus da perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar que, em muitos casos, pode prolongar-se por toda a vida. Ao lado disso, registre-se o fato de que são poucos os centros de reabilitação; os pertencentes ao INSS estão sendo desativadas.

O impacto da deficiência pode trazer implicações para o estado funcional do indivíduo, que engloba as funções física, psíquica e social; na capacidade para reinserção; na disposição do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes; e na disponibilidade para beneficiar-se das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem diretamente na função do indivíduo, comprometendo sua independência para a realização de atividades relacionadas, ao cuidado pessoal, mobilidade, atividades ocupacionais e profissionais.

Em outras sociedades, o processo de reabilitação envolve o esforço de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, no sentido de concretizar tal etapa que seria, ao final, habilitar o paciente para o retorno ao trabalho, reintegrando-o à força produtiva da nação. Essas ações, como também a avaliação do impacto econômico e social da incapacitação física, são incomuns no Brasil, em parte porque os incapacitados físicos constituem, em grande número, vítimas da violência urbana, inexistindo medidas sistematizadas e institucionalizadas acerca desse tema. Entretanto, algumas medidas, mesmo que restritas aos poucos serviços especializados do País, já vêm sendo desenvolvidas.

Por outro lado, ao se analisar o problema dos acidentes e das violências sob a ótica dos segmentos populacionais, observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências, quanto às características e circunstâncias em que se dão tais eventos.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica:

• acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e

• violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violência extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem conto as violências autoinfligidas (como a tentativa de suicídio).

A Constituição de 1988, em seu art. 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)-, criado pela Lei N.° 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde - art.s 13. 17 e 245, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridade competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo os setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico. Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos dessa população, o Brasil tornou-se, em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que provê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo.

Os acidentes e as violências são uma grave violação dos direitos fundamentais, assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade nesse grupo. Entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios (Assis e cols., 1994). Os jovens, ao começar a dirigir, passam a constituir população de alto risco desse tipo de acidentes, especialmente pela inexperiência na condução de veículos, pela impulsividade característica da idade, além de outros fatores, como o consumo de álcool e drogas (Bastos e Cartini-Cotrin, 1998), aliados à deficiente fiscalização existente no País.

Os acidentes domésticos que ocorreram principalmente com crianças e idosos são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras). A violência

doméstica representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Em relação aos homicídios, as taxas no País (Mello Jorge e cols., 1997) também revelam uma realidade preocupante. A partir da análise das taxas disponíveis, percebe-se que a mortalidade de crianças pode ser um indicador de violência doméstica. É nessa faixa etária que se detectam mortes ocorridas no lar, sendo exemplos quedas, queimaduras, afogamentos e outras que não são devidamente investigadas, podendo, por isso mesmo, decorrer de maus-tratos (Marques, 1986; Santos, 1991; Assis. 1991; Gomes, 1998).

Os adolescentes e jovens são os mais afetados pela violência. A mortalidade nesses grupos populacionais tem como principal causa os eventos violentos: atualmente, cerca de sete, em cada 10 adolescentes, morrem por causas externas. Entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 aos 19 anos passou de 93.7 para 128.2 por 100.000 habitantes, significando um aumento de cerca ele 37% (Mello Jorge e cols., 1998). Cruz Neto e Moreira – 1998 chamam a atenção para as precárias condições de vida de crianças e adolescentes que não têm acesso à estada ou trocam as salas de aula pelo trabalho, num total descaso e desrespeito ao ECA. O número elevado de acidentes de trabalho envolvendo crianças - cuja atividade é legalmente proibida - e de adolescentes - este protegido por lei -, demanda uma ação urgente e eficaz voltada ao cumprimento do ECA.

Os adolescentes e jovens com atividade sexual iniciada cada vez mais precocemente, e desprotegida, apresentam consequências sérias somo as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), a Aids, o aborto e a gravidez não planejada, elevando a mortalidade materna já relevante no contexto nacional e em outros países em desenvolvimento. Soma-se a isso o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade econômica e de sobrevivência desses indivíduos. Agravando essa situação, registre-se a falta de orientação adequada e o despreparo da escola, dos serviços de saúde e da sociedade em lidar com a questão da sexualidade.

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados com maior frequência, maridos, companheiros e parentes próximos. Dados de 1998 da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) - indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher.

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela e violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor.

Os maus-tratos contra os idosos, aqui consideradas as pessoas a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, dizem respeito às ações únicas ou repelidas que causam sofrimento ou angústia – ou, ainda, a ausência de ações que são devidas -, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança (Action of Elder Abuse, 1995; Unpea, 1998).

Embora não se disponha de dados estatísticos sobre incidência e prevalência, sabe-se, a partir de dados realizados em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra (Pillemer & Wolf, 1998; Podnicks, 1989; Ogg and Bennett, 1992) que a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Some-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a autonegligência. Cabe ressaltar que a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, é uma forma de violência presente tanto em nível doméstico quanto institucional, levando muitas vem ao comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária (Eastman, 1994). Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

As quedas causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda. Cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas, aumentando os custos da atenção à saúde e retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por um longo período.

Nas áreas urbanas, os acidentes sofridos pelos idosos, como quedas, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, sufocações e outras lesões, são muito frequentes devido à vulnerabilidade aos riscos presentes tanto no ambiente doméstico, quanto no âmbito público (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados, criminalidade). Os acidentes e as violências com frequência não são corretamente diagnosticados, tendo em vista que há falta de informação e preparo dos profissionais de saúde para enfrentar estes eventos, descrédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e destes profissionais, além de constrangimento do idoso em acusar pessoas de sua família.

Como se depreende da análise precedente, os acidentes e as violências configuram problema de grande magnitude para a sociedade brasileira. Por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. Nesse sentido, a presente Política setorial lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua finalidade – o alcance da qualidade de vida - e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária.

Tal opção leva em conta que a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis - individuais e coletivos - e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Nesta Política, portanto, estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País.

2. PROPÓSITO

Os princípios básicos que nortearam esta Política Nacional são:

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e
- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A presente Política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esse fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais.

Nesse sentido, esta Política setorial prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a estes eventos.

Esse enfoque baseia-se no fato de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população. Acresce-se a isso que cada um dos acidentes e das violências, em maior ou menor grau, é passível de prevenção.

Assim, considerando o quadro dos acidentes e das violências descrito no capítulo da Introdução, a presente Política Nacional tem como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

3. DIRETRIZES

Para a consecução do propósito desta Política, são estabelecidas as diretrizes a seguir explicitadas, as quais orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades.

São as seguintes as diretrizes mencionadas:

promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;

monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;

sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;

assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;

estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;

capacitação de recursos humanos; e

apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis

A implementação dessa diretriz compreenderá a ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e das violências, bem como o reforço das ações intersetoriais relacionadas ao tema. Para tanto, deverão ser utilizadas diversas estratégias, entre as quais figuram, por exemplo, a implementação de propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas “Promotoras de Saúde”. Tais estratégias levarão em conta as recomendações oriundas das conferências internacionais relativas à promoção da saúde, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis.

A essas estratégias, deverão ser acrescidos: a divulgação mais técnica dos dados sobre acidentes e violências, o apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e elaboram edições temática.

Por outro lado, buscar-se-á desenvolver também a corresponsabilidade do cidadão num sentido amplo, incluindo a participação na reivindicação, nas proposições e no acompanhamento desta Política, e na promoção de ambientes seguros e comportamentos saudáveis relacionados à prevenção de acidentes e de violências e de seus fatores de risco, como uso de drogas, anuas de fogo e, com destaque, o consumo de álcool, a não observância de regras de segurança e as relações interpessoais conflituosas. As medidas nesse sentido considerarão tanto os ambientes domésticos, de lazer, de trabalho e de trânsito, quanto aqueles em que se desenvolvem os processos de convivência social.

As iniciativas voltadas à corresponsabilidade do cidadão envolverão igualmente a formação e informação continuada da população - junto às escolas, locais de trabalho, lazer e organizações sociais e mídia - sobre a prevenção de acidentes e de violências e a atuação frente a sua ocorrência, incluindo os primeiros gestos diante de uma urgência ou emergência.

A observância dos dispositivos contidos no arcabouço legal referente ao trânsito constituirá, de outra parte, medida importante para que se disponha de condições adequadas à implementação de ações dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas de acidentes. No conjunto dos diplomas legais, destacam-se o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), em especial o art. 78 da Lei N.º 9.503 de 23 de setembro de 1997, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Segundo esse Artigo, os Ministérios

da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, deverão desenvolver e implementar programas de prevenção de acidentes.

Destaca-se, também, o Decreto N.° 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que destina 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde, o qual deve utilizar 90% deste montante na prevenção e no atendimento às vítimas de acidente de trânsito; os outros 10% destinados ao Fundo devem ser repassados mensalmente ao coordenador do Sistema Nacional de Trânsito para aplicação exclusiva em programas de prevenção. Já a Portaria Interministerial N.º 4.044, de 18 de dezembro de 1998, dos Ministérios da Saúde, da Fazenda e da Justiça, determina que suas entidades representativas adotem medidas destinadas a assegurar ampla e permanente divulgação dos direitos dos assegurados.

A sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da população em geral constituirão medidas essenciais para a promoção de comportamentos não-violentos. Quanto aos formadores de opinião, deverão ser promovidos debates sobre estratégias de comunicação que estimulem a adoção de atitudes e valores contrários à prática da violência, nos quais buscar-se-á em eventos conjuntos, a participação dos diversos setores envolvidos na prevenção da violência aos diferentes segmentos da população.

As campanhas de mobilização social buscarão o envolvimento da população na identificação e prevenção da violência e dos acidentes contra todos os segmentos sociais. Além da elaboração e da divulgação de materiais educativos, deverão ser identificados outros mecanismos capazes de tornar acessíveis as informações sobre o problema da violência em redes de comunicação e movimentos sociais organizados. Paralelamente às campanhas, serão desenvolvidos processos de educação, com participação ativa dos grupos sociais.

As medidas preventivas compreenderão a articulação e o desenvolvimento de ações não governamentais e de diferentes conselhos. Para tanto, deverá ser apoiado o desenvolvimento de projetos conjuntos, bem como a realização de estágios de pessoal dessas organizações em centros de referência como, por exemplo, os da mulher.

No tocante à recuperação das vítimas de acidentes e de violências, o setor saúde prestará informação, orientação e apoio tanto a estas quanto às suas famílias. Neste sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de seqüelas e deficiências, bem como de seus familiares.

Os estados e municípios deverão realizar ações sistemáticas de sensibilização para a prevenção de acidentes e de violências, adequadas à cultura local. Ao lado disso, será produzido material educativo acerca da prevenção de acidentes e de violências destinado aos profissionais de saúde e de educação.

Em relação à unidade familiar, as medidas estarão voltadas tanto para o reconhecimento quanto para a redução da violência doméstica, envolvendo um conjunto de ações intersetoriais, tendo em conta o caráter multifatorial para a sua determinação, principalmente com as áreas da justiça e da segurança pública. Assim, o desenvolvimento das ações pautar-se-á pela tipificação da violência sofrida, considerando que os comportamentos violentos acontecem num contexto relacional em que os sujeitos estão implicados ora como vítimas, ora como sujeito das agressões, e que as pessoas envolvidas nestas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões em que estão inseridas. Especificamente em relação aos idosos, será fundamental o investimento na formação de cuidadores.

Atenção prioritária deverá ser dada às crianças, adolescentes, jovens, portadores de deficiência física e mental e idosos em condição asilar, garantindo-lhes o cumprimento dos dispositivos legais concernentes aos direitos destes grupos, de forma articulada com entidades de classe, conselhos, organizações não-governamentais e a sociedade em geral.

Serão fundamentais a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra esses segmentos populacionais é potencializadora da violência social em geral. Neste sentido, deverá ser consolidado o entendimento de que é possível modificar a cultura, os comportamentos e as atitudes que a reproduzem. Particularmente quanto às crianças, adolescentes e idosos, promover-se-á o cumprimento das Leis N.ºs 8.069/90 e 8.842/94, visando a notificação dos maus-tratos em relação a esses segmentos populacionais.

Já a orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessária, informações aos pacientes e aos seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação preventiva e corretiva, levando em consideração o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

As ações de prevenção das violências e dos acidentes deverão estar incorporadas em todos os programas, planos e projetos de atenção a grupos específicos da população e a temas de saúde. Neste contexto, o setor saúde deverá também incentivar e participar, em conjunto com trabalhadores, responsáveis pelas empresas, polícia, defesa civil, órgãos ambientais e corpo de bombeiros, da elaboração de planos de emergência em locais que manipulam produtos perigosos e que possuem risco de provocar acidentes ampliados.

3.2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências

A implementação dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências.

A melhoria das informações constituirá uma das prioridades à qual deverá ser concedida atenção especial. Uma das medidas, neste sentido será a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, a partir dos quais viabilizar-se-á a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos. A base para a implementação dessa medida estará representada pela elaboração de normas técnicas respectivas; adequação de instrumentos de registros, com a introdução de questões específicas para o diagnóstico de violências e de acidentes; e inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH / SUS).

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais, configurará, por outro lado, iniciativa fundamental para a monitorização adequada da ocorrência desses

eventos. Isso implicará a adoção de diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde.

Deverão ser sensibilizados, também, os dirigentes de institutos de medicina legal quanto à importância, para o setor, dos dados existentes nestes serviços. Para tal, constituirão mecanismos importantes a mobilização e a capacitação de médicos que atuam nesses institutos, bem como o estímulo ao provimento de recursos físicos e materiais necessários.

A monitorização da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, principalmente mediante:

• a promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas;

• a elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o torneamento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho;

• a criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar;

• a otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios;

• a efetivação do disposto na Portaria GM/MS Nº 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar;

• a inclusão de “lesões e envenenamentos" com detalhamento do tipo de causas externas como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial;

• o estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco. Essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme;

• a criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis;

• a inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia - Centros de Intoxicação -, em hospitais de atendimento médico de urgência;

• a identificação e implementação de mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.

A monitorização da situação envolverá, também, o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, estimulando-se experiências locais e a união de esforços nas áreas em que vários procedimentos já estão sendo desenvolvidos, com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Neste contexto, deverão ser incentivados estudos amplos e consistentes acerca da morbimortalidade, inclusive com a determinação de seus possíveis fatores de risco.

Em relação a acidentes de trânsito, o sistema de vigilância epidemológica compreenderá a implantação, com recurso eletrônico, de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Esta rede deverá estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicarão a definição de um boletim de ocorrência padrão e a formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito.

O setor saúde deverá participar da monitorização dos acidentes ampliados, levantando, junto com os outros órgãos, as causas, as conseqüências a curto e longo prazos, bem como os recursos envolvidos na sua mitigação.

3.3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

O fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) será fundamental para a consecução do propósito desta Política, para o que deverão ser promovidas medidas que permitam o aprimoramento dos serviços existentes. Entre essas, figurará a identificação de fontes de recursos destinados à preparação de pessoal e à aquisição de materiais. Neste contexto, poderão ser fixados critérios diferenciados de incentivos para que estados e municípios invistam nesses serviços.

Além dessas medidas, deverão ser revistas e ou estabelecidas normas técnicas específicas, em conjunto com os diferentes setores envolvidos, para a padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas, bem como para a formação de recursos humanos.

Paralelamente, os órgãos competentes promoverão a análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrência de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados, a partir dos quais serão estabelecidos, juntamente com a defesa civil, planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados. Será promovida, também, a integração do APH ao atendimento hospitalar de emergência, com a implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios, às quais competirá a articulação com os órgãos que mantêm este tipo de serviço, estimulando-os a atuar de forma compartilhada.

Ao lado disso, deverá ser incentivada a organização de consórcios entre municípios de menor porte e a ampliação do APH para as rodovias, por intermédio das polícias rodoviárias estaduais e federais, segundo normas estabelecidas de comum acordo entre estas e os gestores do SUS, em suas respectivas amas de abrangência.

3.4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de fornia que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. A consecução desse atendimento dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e as áreas jurídicas e de segurança, para o que será provida a respectiva assessoria técnica no tocante à definição, implantação e avaliação das ações. Nesse particular, ainda, deverão ser apoiados projetos e repasse de recursos voltados à estruturação e à organização mencionadas.

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infra-estrutura.

A assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

Essa assistência orientar-se-á por normas específicas sobre o tratamento das vítimas de acidentes e de violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais. Além disso, deverá ser estimulada a criação de núcleos de trabalho acerca do tema nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, nas sociedades científicas, nas instituições e serviços públicos e privados afins, bem como em grupos organizados da sociedade civil.

Serão definidas unidades de atendimento paria emergências e urgências, conforme o seu grau de complexidade, sistematizando o atendimento específico e contribuindo para uma menor pletora nos serviços de alta complexidade. Em regiões onde não houver condições para a instalação de serviços com complexidade mediana, serão estimuladas, sobretudo mediante a organização de consórcios intermunicipais, a regionalização e a hierarquização do sistema de atenção hospitalar.

Paralelamente, promover-se-á a valorização, a especialização, a atualização e a reciclagem de profissionais que atuam nos serviços de emergência. Buscar-se-á, igualmente, maior vinculação das universidades, com vistas à formação de recursos humanos para esse fim.

Os esforços deverão centrar-se na formação de profissionais especializados em emergências, clínicas traumáticas, cirúrgicas e atendimento pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao atendimento pediátrico. Deverá ainda ser enfocada a especialização em gerenciamento de serviços de saúde. A formação desses profissionais contemplará, além dos aspectos clínico, cirúrgico e gerenciais, a abordagem psicossocial nos casos de violência.

A formação e a certificação de profissionais atuantes no sistema de emergência pré-hospitalar e hospitalar serão de responsabilidade das escolas de medicina e enfermagem credenciadas pelo Ministério da Educação. Somam-se aos núcleos formadores e certificadores as sociedades médicas, de enfermagem e científicas cuja titulação seja reconhecida.

Nas localidades onde seja elevada a demanda de pacientes aos hospitais de emergência de alta complexidade, serão criados serviços de pronto atendimento, em diversas áreas das regiões metropolitanas, que atuarão principalmente como instâncias de estabilização e triagem, reforçando as demais medidas voltadas à hierarquização e descentralização do sistema de atenção hospitalar de emergência.

A ampliação do número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergência constituirá, da mesma forma, medida essencial. Tais leitos deverão ser criados na própria unidade hospitalar que postula setor de urgência, bem como em hospitais de retaguarda destinados a dar o devido suporte às referidas unidades. Paralelamente, procurar-se-á também adequar a oferta de leitos de terapia intensiva, quer para adulto, quer pediátrica.

Com relação aos serviços de atenção especializada – tais como unidade de queimados, centros de atendimentos toxicológicos, unidades de hemodinâmica, diálise, gestação de alto risco, entre outros -, serão procedidos levantamentos para avaliação e posterior adequação às necessidades. Todas as unidades de atendimento a grandes emergências e aquelas que forem únicas em determinadas localidades ou regiões do País deverão desenvolver e adotar treinamentos simulados, em situação de catástrofe ou ocorrências que envolvam grande número de vítimas.

A unidade de tratamento de pacientes de alto risco será um ambiente obrigatório em qualquer serviço de urgência, independente de seu nível de complexidade e da etiologia do agravo. Terá como finalidade oferecer o suporte avançado de vida a qualquer paciente, seja cirúrgico ou clinico, que esteja em risco iminente de morte. Essas unidades deverão atender pacientes de todas as faixas etárias, garantidas as condições clínicas para o transporte adequado de pacientes entre diferentes serviços.

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a estas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Deverão ser estabelecidos serviços de referência para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias.

O cartão da criança será ser utilizado e valorizado como instrumento básico de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como de registro de situações de risco, tais como: modificação do ritmo de crescimento, não cumprimento do calendário de vacinação, atraso nas etapas do desenvolvimento, desnutrição, desmame, que poderão, dentro de um atendimento geral, auxiliar na detecção de situações de negligência.

O atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde contemplará o aumento da autoestima, de modo que elas se sintam fortalecidas para identificar soluções, em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia. Dessa forma deverão ser contempladas também atividades voltadas à reeducação de agressores e garantidas redes de apoio para o atendimento, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal.

A assistência aos idosos, no âmbito hospitalar, lesará em conta que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do enfermo hospitalizado. Neste sentido, a capacidade funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde - ambulatórios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros -, na conformidade do que estabelece a Lei N.° 8.842/94, em seu art. 4°, inciso VIII, e o art. 17, do Decreto N.° 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados - conveniados ou contratados - pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que será sempre observado é a possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco envolvidos. O profissional de saúde, quando houver indícios de que um idoso possa estar sendo submetido a maus-tratos deverá denunciar sua suspeita.

Especial atenção será dada à formação das equipes de saúde para o diagnóstico e o registro corretos da relação entre trabalho, acidentes e violências. Para tanto, a rede assistencial deverá ser capacitada não só para prestar a atenção requerida, mas também para acionar o desencadeamento de ações de prevenção. Para tanto buscar-se-á a contínua integração entre as ações assistenciais e aquelas atinentes à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, para que sejam desencadeadas medidas oportunas e adequadas nos ambientes de trabalho, visando ao controle e ou eliminação dos fatores de risco neles presentes.

Além disso, incentivar-se-á a criação e a capacitação de unidades de emergências para o atendimento de intoxicações, enfatizando-se aquelas decorrentes de agrotóxicos, com apoio toxicológico de emergência e de referência.

3.5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.

A operacionalização dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nem fase da atenção.

O processo de reabilitação, que tem início na instituição de saúde, dirigirá suas ações não somente para a educação do paciente como, também, de sua família. Assim, os serviços de reabilitação prestarão atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar seqüelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral.

Para favorecer o alcance da independência do paciente dentro da nova situação, procurar-se-á provê-lo dos vários recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses, cadeiras de rodas e auxílios de locomoção, como andadores, muletas, bengalas, meios de comunicação alternativos, entre outros.

Deverão ser criados mecanismos que favoreçam a informação, orientação e apoio ao paciente e a sua família como sujeitos da ação de recuperação. Dois desses mecanismos serão a sensibilização e a informação dos gerentes dos serviços e dos profissionais de saúde sobre os seus respectivos papéis na orientação dos portadores de seqüelas e familiares.

A readaptação do paciente à família e à sociedade requererá a adoção de medidas essenciais, tais como:

• diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas;

• levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades;

• adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte, de modo a permitir a redução do número de acidentes e a livre locomoção dos pacientes, eliminando-se barreiras arquitetônicas e superando barreiras culturais;

• incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de seqüelas.

Paralelamente, promover-se-á a organização de uma rede coordenada de atendimento - incluindo equipes de reabilitação para atendimento na própria comunidade -, mediante a sistematização e conjugação de esforços e de serviços existentes na região. Tal estratégia visa potencializar os recursos disponíveis localmente, bem como aqueles que são colocados à disposição por parte das diferentes instâncias do SUS, de que são exemplos os recursos financeiros repassados pelo nível federal aos gestores estaduais e municipais para o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais e hospitalares.

A entrada do usuário nessa rede dar-se-á pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades. Essa organização da atenção não significa que, pelo fato de ser assistido em um serviço de menor complexidade, o paciente não terá acesso aquele compreendido nos outros níveis. Na realidade, essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando-se a sobrecarga de qualquer um dos serviços.

3.6 Capacitação de recursos humanos

A preparação de recursos humanos deverá atender a todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes aqui fixadas, destacando, em especial:

• promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas;

• criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde;

• complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC:

• promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado - homologado pelo MEC - para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar.

• capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional; tal capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo.

3.7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e a violências constituirá medida essencial para que o tema seja, efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde.

As pesquisas deverão integrar estudos de cunho sócio-antropológico, essenciais para a identificação dos valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e institucionais e de outras áreas afins do tema. Aliam-se a essas, pesquisas epidemiológicas e clínicas que permitam a identificação de fatores de risco e de proteção envolvidos nas redes causais de acidentes e de violências, ao mesmo tempo que indicam áreas e grupos sociais mais vulneráveis a esses agravos.

Será necessário também desenvolver investigações quanto ao impacto socioeconômico das violências e dos acidentes na sociedade. Para tanto, as universidades e os centros de investigação deverão estar integrados com as temáticas geradas a partir dos serviços.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País - propósito desta Política Nacional - requererá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas.

Por outro lado, tendo em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, esta Política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais. Essas parcerias significam a conjugação de esforços que se expressam mediante a implementação de um amplo e diversificado conjunto de ações articuladas, voltadas à prevenção de acidentes e de violências e, por via consequência, à redução da ocorrência destes eventos, contribuindo, assim, para a qualidade de vida da população.

Na articulação intersetorial será buscado o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, que é um dos elementos capazes de refletir decisivamente na redução de acidentes e de violências no País.

4.1. Articulação intersetorial

No âmbito federal caberá ao Ministério da Saúde promover a articulação dentro do próprio setor e com as instâncias a seguir identificadas, com as quais buscará construir e consolidar as parcerias anteriormente referidas, a partir das medidas aqui explicitadas e consideradas essenciais para o alcance do propósito estabelecido na presente Política Nacional.

Além das responsabilidades específicas em relação a esta Política, caberá também aos gestores estaduais e municipais do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência, estabelecer a indispensável parceria, preconizada neste documento.

A. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Buscar-se-á, em especial com essa Secretaria, a promoção de medidas destinadas a adequar e ou readequar os espaços urbanos, domésticos e dos edifícios públicos e particulares, com vistas à prevenção de acidentes e de violências, e permitir a livre locomoção dos pacientes vítimas destes eventos.

B. Ministério da Justiça

A parceria a ser estabelecia visará principalmente:

• a sensibilização e a capacitação de médicos que atuam nos institutos de medicina legal para que possam fornecer, adequada e oportunamente, atendimento humanizado, favorecendo a emissão de laudos completos para a adoção das medidas cabíveis, bem como a alimentação dos sistemas de informações;

• a criação de eventos específicos para a discussão de questões polêmicas como o atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas de abuso sexual;

• a integração dos sistemas de informações relacionados a acidentes e a violências, disponíveis nos âmbitos policial e de trânsito, inclusive com a padronização nacional dos formulários de cada um destes sistemas;

• a promoção de medidas destinadas a melhorar a segurança dos pedestres, dos condutores, dos passageiros, dos veículos a das vias públicas;

• a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias;

• a promoção de medidas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto à importância do Código, entre as quais destacam-se: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco que interferem na direção segura; a divulgação, em nível nacional, do Código e de sua regulamentação, de modo a facilitar a participação do poder público e da população; o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, ressaltando o seu papel na prevenção, inclusive com a elaboração de manual acerca desta participação no trânsito;

• o cumprimento de dispositivo contido no CTB relativo à utilização no trânsito dos recursos nele gerados, sobretudo na introdução de novas tecnologias e no treinamento de recursos humanos;

• o cumprimento e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante, por exemplo, o fortalecimento das medidas adotadas contra a prostituição infanto-juvenil, a erradicação do trabalho infantil e as referentes a crianças, adolescentes e jovens autores de atos infracionais;

• a divulgação da Lei N.° 9.534/97 e a promoção do seu cumprimento, em especial no que respeita à gratuidade do registro civil de nascimento;

• o estabelecimento de protocolos de cooperação visando à prevenção e ao atendimento das vítimas de acidentes e de violências, compreendendo a elaboração e implantação de projetos conjuntos, bem como a padronização de formulários, como o Boletim de Ocorrência Policial, entre outros;

• o treinamento para policiais, técnicos do IML e demais profissionais envolvidos, respeitadas as suas áreas de competência;

• a adoção de medidas de controle de armas de fogo, considerando-as como importante fator de risco para a violência.

C. Ministério da Educação

Buscar-se-á, com esse Ministério, sobretudo:

• a inclusão nos currículos de primeiro e segundo graus, bem como nos cursos profissionalizantes e técnicos, de conteúdos referentes à prevenção de acidentes e de violências;

• a mobilização das universidades para que induzam investigações atinentes aos acidentes e às violências, não só divulgando-as em publicações científicas, mas de forma que contribuam, inclusive, para a melhoria e o aprimoramento da rede de serviços;

• a inclusão, nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, educação, assistência social e direito de disciplina relacionada a acidentes e a violências;

• a adoção, no nível médio de ensino, de currículo interdisciplinar com conteúdo programático sobre defesa civil;

• o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;

• o incentivo, nos cursos de graduação da área de saúde, à formação em emergência;

• o estabelecimento de currículo mínimo para técnicos de emergência e de profissionais;

• o apoio no estabelecimento de cursos e estágios de educação continuada e atualização para profissionais de saúde e outros envolvidos no atendimento pré-hospitalar e hospitalar às eminências;

• o estímulo à criação de residência médica e de enfermagem em emergência - contemplando aspemos do planejamento, administração e prestação de serviços - e a sua respectiva homologação pelos órgãos competentes.

D. Ministério do Trabalho e Emprego

A parceria a ser estabelecida visará a implementação das medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e o fortalecimento das iniciativas destinadas a erradicar o trabalho infantil e a coibir a exploração do trabalho juvenil; além disso, procurará viabilizar a ampliação do programa de bolsas de trabalho para jovens.

E. Ministério da Previdência Social

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida buscará promover a ampliação da cobertura e o aperfeiçoamento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

F. Ministério dos Transportes

A parceria visará, sobretudo, a adoção de medidas destinadas a melhorar a segurança das vias públicas, mediante a inclusão, nos contratos de concessão de rodovias, de normas técnicas de procedimento, bem como de auditoria técnica independente.

G. Ministério da Ciência e Tecnologia

A articulação objetivará, em especial:

• a indução, por parte do MCT, de pesquisas que englobem as diferentes questões relativas a acidentes e a violências, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento das medidas dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas destes eventos;

• o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos de todas as fontes, particularmente dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;

• o estímulo à criação de novas tecnologias - preventivas, recuperativas e reabilitadoras - inerentes às violências e aos acidentes.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde

• Implementar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento desta Política Nacional, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.

• Assessorar as Unidades Federadas na elaboração e implementação de suas respectivas políticas estaduais.

• Desenvolver e implementar mecanismos que possibilitem a articulação intrasetorial.

• Promover a ampliação da abrangência dos sistemas de informação inerentes à morbidade e mortalidade, de modo que cubram, de forma adequada e suficiente, dados relativos a acidentes e a violências; criar sistema padronizado e integrado que contemple dados relacionados a atendimentos de pré-hospitalar, pronto-socorro e ambulatório, que permita as investigações das causas externas; e viabilizar auditoria relativa a qualidade da informação.

• Incorporar as causas externas como agravo de notificação.

• Organizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Promover o diagnóstico, a notificação e o acompanhamento dos casos de violência doméstica em crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e portadores de deficiência visando o atendimento e o conhecimento destes casos.

• Promover a elaboração e acompanhar o cumprimento das normas relativas a acidentes e a violências no âmbito do setor saúde.

• Promover o cumprimento, no âmbito da ação especifica do setor, dos preceitos contidos no ECA, no que se refere ao direito à vida e à saúde da criança e do adolescente (art.s 7 a 14).

• Apoiar a plena implantação do CTB, com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias.

• Participar da promoção de medidas preventivas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto a sua importância, entre as quais se destacam: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco e o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, inclusive da elaboração de manual acerca desta participação.

• Estabelecer recomendações clínicas sobre patologias e comportamentos que possam comprometer a capacidade de dirigir e associar-se a organizações da sociedade civil, empresas públicas e privadas para a sua imensa divulgação.

• Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação desta Política.

• Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, promover a disseminação e divulgar as informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

• Promover a capacitação de recursos humanos.

• Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentas da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

• Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

• Fomentar a organização e a consolidação de serviços de atendimento pré-hospitalar, assim como estabelecer normas para o seu funcionamento, integrando-os ao atendimento hospitalar de emergência.

• Apoiar a organização da rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, bem como para a recuperação e reabilitação.

• Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a padronização, em âmbito nacional, de boletim de atendimento médico ao nível pré-hospitalar, hospitalar de emergência e ambulatorial, possibilitando a ação efetiva de vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Inserir de forma destacada, nas bulas de medicamentos, informações acerca dos riscos do uso destes produtos na execução de determinadas atividades, de que são exemplos a operação de máquinas pesadas, a direção de veículos, entre outras, inclusive quanto aos seus efeitos potencializadores.

• Restar assessoria na organização de consórcios intermunicipais.

4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde

• Elaborar, coordenar e executo a política estadual relativa a acidentes e a violências, no âmbito do setor saúde, consoante a esta Política Nacional.

• Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, decorrentes desta Política.

• Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.

• Organizar, padronizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Organizar e implementar sistemas integrados de informação de morbidade e mortalidade, relacionados a acidentes e a violências.

• Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação da presente Política e da respectiva política estadual.

• Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas nesta Política Nacional e na respectiva política estadual.

• Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

• Promover e realizar a capacitação de recursos humanos, conforme preconizado na diretriz referente ao tema, com vistas à prevenção e qualidade de atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas da saúde e afins.

• Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

• Promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e de violências, que incluam, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do IML, Conselhos Tutelares e Varas de Infância e Juventude.

• Apoiar os municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

• Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.

• Organizar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, promovendo, se for o caso, o estabelecimento de consórcios intermunicipais.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente

• Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.

• Promover e executar as medidas necessárias visando a integração da programação municipal à adotada pelo estado.

• Promover e executar a articulação entre os diferentes setores no município, visando a implementação das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.

• Promover e executar o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar o elenco das atividades específicas decorrentes das Políticas Nacional e Estadual.

• Estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbirmortalidade por acidentes e violências.

• Desenvolver ações relativos à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Promover a observância da Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos saudáveis por parte dos munícipes, mobilizando, para tanto, os diferentes segmentos sociais locais.

• Aplicar e acompanhar o cumprimento das normas decorrentes desta Política.

• Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.

• Organizar e implementar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, estabelecendo, se for o caso, consórcios intermunicipais.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A parir de sua operacionalização a presente Política Nacional compreenderá o desenvolvimento de um processo sistematizado de avaliação, com um acompanhamento permanente que permita o conhecimento da repercussão das ações sobre a ocorrência de acidentes e de violências no País, bem como acerca das consequências decorrentes destes eventos, sobretudo no tocante ao atendimento, recuperação e reabilitação de pessoas vitimadas. Além disso, deverá possibilitar a incorporação de novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos relacionados a acidentes e a violências e a realização de eventuais ajustes que venham a ser ditados pela prática.

Para o desenvolvimento desse processo, serão definidos parâmetros, critérios e metodologias específicas, capazes de, inclusive, favorecer o conhecimento da repercussão das medidas levadas a efeito por setores com os quais se buscará estabelecer parcerias, identificadas no capítulo "Responsabilidades Institucionais", deste documento.

Tais acompanhamentos e avaliação poderão valer-se dos dados e informações gerados pelos diferentes programas, planos, projetos ou atividades que serão operacionalizados a partir desta Política.

Além da avaliação anteriormente prescrita, procurar-se-á investigar a repercussão desta Política sobre a qualidade de vida das pessoas, bem como a sua contribuição para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 7° (Lei N.° 8.080/90), destacando-se:

• a “integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (inciso II);

• a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);

• o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde" (inciso V);

• a "conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população" (inciso XI);

• a "capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência" (inciso XII); e

• a "organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos" (inciso XIII).

O processo de acompanhamento aqui preconizado deverá, igualmente, avaliar em que medida estão sendo cumpridas as metas e compromissos internacionais dos quais o Governo Brasileiro é signatário, bem como daqueles oriundos de eventos nacionais.

6. TERMINOLOGIA

Abandono: ausência ou deserção por parte do responsável, dos cuidados, necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado;

Abuso financeiro aos idosos: exploração imprópria ou ilegal e ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso;

Abuso físico ou maus-tratos físicos: uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade;

Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social;

Abuso sexual: ato ou jogo sexual que ocorre em relação hétero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;

Acidentes ampliados: são acidentes relacionados a indústrias de processos contínuos, não se restringem ao ambiente de trabalho, afetando comunidades do entorno e produzindo efeitos adversos ao longo do tempo;

Autonegligência: conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado;

Acidentes de transporte: todo acidente que envolve veículo destinado ao transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro;

Acidentes de trânsito: acidentes com veículos, ocorridos na via pública;

Agentes tóxicos: toda substância que, em contágio com o organismo, causa alterações eia suas funções;

Atendimento de recuperação e reabilitação: atendimento oferecido após a alta do paciente, geralmente em ambiente ambulatorial;

Atendimento pré-hospitalar: atendimento especializado oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada ao hospital;

Causas externas: ocorrências relacionais e acidentais e circunstâncias ambientais como causas de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos;

Deficiência: qualquer perda ou alteração de uma estrutura, função de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica;

Fatores de risco: elementos de qualquer origem que possam comprometer ou colocar em risco a integridade física e ou emocional de um indivíduo;

Imaginologia: estudo de todos procedimentos diagnósticos por imagem;

Incapacidade: qualquer restrição ou falta - resultante de uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade nos moldes e limites considerados normais para um ser humano;

Informações tóxico-farmacológicas: informações sobre envenenamentos por medicamentos, produtos domiciliares, inseticidas, plantas tóxicas, animais peçonhentos, metais pesados, euforias (cocaína, LSD etc.), interações medicamentosas ou de drogas e teratogênese, bem como ações preventivas na área toxicológica;

Negligência: recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima;

Notificação: é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde;

Reabilitação: desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais;

Recuperação: ato de recuperar, recobrar ou restaurar funções, membros ou segmentos corporais que foram atingidos por lesões ou traumas;

Sequelas: danos deixados por qualquer doença ou agravo;

Profissionais responsáveis pela segurança relacionados ao Atendimento Pré-Hospitalar: Corpos de Bombeiros, Policiais Civis, Militares, Rodoviários, e outros profissionais, devidamente reconhecidos pelo Gestor público da saúde,

para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em suporte básico de vida (intervenção conservadora não-invasiva) sob supervisão médica, normalizados pelo SUS;

Suporte básico de vida: estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas (como imobilização do pescoço, compressão de sangramento etc.);

Suporte avançado de vida: estrutura de apoio oferecido a pacientes em risco de morte, promovido por profissionais médicos, por intermédio de medidas não-invasivas ou invasivas (como, por exemplo, drenagem de tórax, acesso às vias aéreas, acesso venoso etc.);

Unidade de tratamento de pacientes de alto risco: ambiente destinado a oferecer suporte básico e avançado de vida, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto intra quanto inter-hospitalar; e

Veículos para atendimento pré-hospitalar: viaturas equipadas com equipamentos para resgatar vítimas presas em ferragens ou em outras condições anômalas.

ANEXO VIII

Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Origem: PRT MS/GM 1876/2006)

Art. 1º Ficam instituídas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio serão organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não governamentais, nacionais e internacionais, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, I)

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, II)

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, III)

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, IV)

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VI)

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VII)

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VIII)

Art. 3º A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotarão as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 3º)

Art. 4º A Secretaria de Atenção à Saúde constituirá um Grupo de Trabalho, a ser instituído por portaria específica, para propor a regulamentação dessas diretrizes. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 4º)

Art. 5º A regulamentação dessas diretrizes será apresentada e pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 5º)

ANEXO IX

Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Origem: PRT MS/GM 874/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 2º)

Art. 3º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, e implementada de forma articulada

entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 3º)

CAPÍTULO II
DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II)

Art. 4º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º)

I - princípios gerais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, I)

II - princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, II)

III - princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, III)

IV - princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, IV)

V - princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, V)

VI - princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VI)

VII - princípios e diretrizes relacionados à educação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VII)

VIII - princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VIII)

Seção I
Dos Princípios Gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º Constituem-se princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º)

I - reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, I)

II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, II)

III - formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, III)

IV - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, IV)

V - a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, V)

Seção II
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Promoção da Saúde
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º Constitui-se princípio relacionado à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a identificação e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a saúde e a qualidade de vida. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 6º)

Art. 7º São diretrizes relacionadas à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º)

I - fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, I)

II - realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, II)

III - promoção de hábitos alimentares saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, III)

IV - promoção de práticas corporais e atividades físicas, tais como ginástica, caminhadas, dança e jogos esportivos e populares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IV)

V - enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente, por meio de práticas de promoção da saúde com caráter preventivo e sustentável; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, V)

VI - desenvolvimento de ações e políticas públicas para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VI)

VII - promoção de atividades e práticas relacionadas à promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, chegando, por exemplo, às escolas, aos locais de trabalhos e aos lares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VII)

VIII - avanço nas ações de implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, de que trata o Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VIII)

IX - fomento à elaboração de documentos normativos voltados à regulamentação de produção e consumo de produtos e alimentos cuja composição contenha agentes cancerígenos e/ou altas concentrações de calorias, gorduras saturadas ou trans, açúcar e sal; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IX)

X - fomento à ampliação de medidas restritivas ao marketing de alimentos e bebidas com alto teor de sal, calorias, gorduras e açúcar, especialmente os direcionados às crianças. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, X)

Seção III
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Prevenção do Câncer
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Constitui-se princípio da prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a eliminação, redução e o controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 8º)

Art. 9º São diretrizes relacionadas à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º)

I - fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, I)

II - prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, II)

III - implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento ("screening") e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, III)

IV - garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, IV)

V - estruturação das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, V)

Seção IV
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Vigilância, ao Monitoramento e à Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 10. Constitui-se princípio da vigilância, do monitoramento e da avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização da vigilância do câncer por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer e de seus fatores de risco e proteção. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 10)

Art. 11. São diretrizes relacionadas à vigilância, ao monitoramento e à avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11)

I - monitoramento dos fatores de risco para câncer, a fim de planejar ações capazes de prevenir, reduzir danos e proteger a vida; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, I)

II - utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer, produzidos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II)

a) pelos diversos sistemas de informação do SUS, dentre os quais os de mortalidade, de morbidade, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, a)

b) pelos registros do câncer de base populacional e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, b)

c) pelos inquéritos e pesquisas populacionais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, c)

d) pelas estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, d)

III - implementação e aperfeiçoamento permanente da produção e divulgação de informações, com vistas a subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, III)

IV - monitoramento e avaliação do desempenho e dos resultados das ações e serviços prestados nos diversos níveis de atenção à saúde, para a prevenção e o controle do câncer, utilizando critérios técnicos, mecanismos e parâmetros previamente definidos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, IV)

V - monitoramento e avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, do tempo de espera para início do tratamento e da satisfação do usuário; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, V)

VI - realização de pesquisas ou de inquéritos populacionais sobre a morbidade e os fatores de risco e de proteção contra o câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, VI)

Seção V
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção V)

Art. 12. Constitui-se princípio do cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 12)

Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 13)

Art. 14. São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14)

I - tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, I)

II - atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, II)

III - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, III)

IV - oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, IV)

Seção VI
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Ciência e à Tecnologia
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 15. Constitui-se princípio da ciência e da tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a utilização da ATS para a tomada de decisão no processo de incorporação, reavaliação ou exclusão de tecnologias em saúde, com a articulação dos diversos setores do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 15)

Art. 16. São diretrizes relacionadas à ciência e à tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16)

I - estabelecimento de métodos e mecanismos para análise de viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde, voltados para prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, I)

II - implementação da rede de pesquisa para a prevenção e o controle do câncer em conformidade com os objetivos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de modo a aumentar a produção de conhecimento nacional relacionada a esta área; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, II)

III - implementação de práticas de elaboração de parecer técnico-científico, ATS e AE para subsidiar a tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias no SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, III)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no inciso II, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde foi aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Seção VII
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Educação
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VII)

Art. 17. Constitui-se princípios da educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de que trata o Anexo XL . (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 17)

Art. 18. São diretrizes relacionadas à educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18)

I - fomento à formação e à especialização de recursos humanos para a qualificação das práticas profissionais desenvolvidas em todos os eixos fundamentais contidos nesta Política; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, I)

II - implementação, nas Comissões Estaduais de Integração Ensino-Serviço (CIES), de projetos educativos voltados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais, de gestão e que envolvam a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, II)

Seção VIII
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Comunicação em Saúde
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VIII)

Art. 19. Constitui-se princípio da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os

movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 19)

Art. 20. São diretrizes da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20)

I - estabelecimento de estratégias de comunicação com a população, com os profissionais de Saúde e com outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e as diversas estratégias de prevenção e de controle, buscando a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, I)

II - estímulo às ações de fortalecimento da capacidade individual e coletiva de comunicação em saúde, promovendo mudanças a favor da promoção da saúde, da prevenção e do controle do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, II)

CAPÍTULO III
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III)

Seção I
Das Responsabilidades das Esferas de Gestão do SUS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 21. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21)

I - organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, I)

II - ter atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir do perfil epidemiológico do câncer e das necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, II)

III - reorientar o modelo de atenção às pessoas com câncer com base nos fundamentos e diretrizes desta Política e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, III)

IV - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IV)

V - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com câncer, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, V)

VI - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, transformando as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, referentes à qualificação das ações de promoção da Saúde, de prevenção e do cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VI)

VII - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam na prevenção e no controle do câncer nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VII)

VIII - desenvolver, disponibilizar e implantar sistemas de informações para coletar, armazenar, processar e fornecer dados sobre os cuidados prestados às pessoas com câncer, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, a avaliação, o monitoramento e o controle das ações realizadas, garantindo a interoperabilidade entre os sistemas; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VIII)

IX - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, incluindo tempo de espera para início do tratamento e satisfação do usuário, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IX)

X - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção e ao cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, X)

XI - realizar parcerias com instituições internacionais e com instituições governamentais e do setor privado para fortalecimento das ações de cuidado às pessoas com câncer; em especial na prevenção e detecção precoce; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XI)

XII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução desta política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XII)

XIII - elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cânceres mais prevalentes, para apoiar a organização e a estruturação da prevenção e do controle do câncer na rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIII)

XIV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos registros hospitalares de câncer (RHC) nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia e seu respectivo compromisso de envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde e ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS), anualmente, para consolidação nacional e divulgação das informações; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIV)

XV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), tendo por compromisso a consolidação e a divulgação das informações de acordo com suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XV)

XVI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capilarização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVI)

XVII - desenvolver estratégias de comunicação sobre fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVII)

XVIII - monitorar, avaliar e auditar a cobertura, produção, desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle do câncer no País no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVIII)

XIX - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIX)

XX - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com câncer, com sustentabilidade do sistema público de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XX)

XXI - estabelecer e implantar o acolhimento e a humanização da atenção, com base em um modelo centrado no usuário e em suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XXI)

Art. 22. Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, I)

II - analisar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, II)

III - consolidar e divulgar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, III)

IV - definir diretrizes gerais para a organização de linhas de cuidado para os tipos de câncer mais prevalentes na população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, IV)

V - elaborar protocolos e diretrizes clínicas terapêuticas de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, V)

VI - realizar estudos de ATS e AE, no intuito de subsidiar os gestores de saúde e tomadores de decisões no que se refere à incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VI)

VII - estabelecer diretrizes e recomendações, em âmbito nacional, para a prevenção e o controle do câncer a partir de estudos de ATS e AE, levando em consideração aspectos epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos do local que irá incorporar e implantar as diretrizes e recomendações; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VII)

VIII - efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VIII)

Art. 23. Às Secretarias de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23)

I - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, I)

II - coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, II)

III - coordenar o apoio aos Municípios para organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, III)

IV - apoiar a regulação e o fluxo de usuários entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IV)

V - analisar os dados estaduais relacionados às ações de prevenção e de controle do câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, V)

VI - implantar e manter o funcionamento do sistema de RHC nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia, com o compromisso do envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde, especificamente ao INCA/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VI)

VII - analisar os dados enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde onde existem o (RCBP implantado, divulgar suas informações e enviá-las para o INCA/SAS/MS e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), responsáveis pela consolidação nacional dos dados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VII)

VIII - garantir e acompanhar o processo de implantação e manutenção dos RHC dos serviços de saúde habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VIII)

IX - utilizar as informações produzidas pelos RHC para avaliar e organizar as ações e os serviços de saúde de alta complexidade e densidade tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IX)

X - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão estadual, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, X)

XI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XI)

XII - apoiar os municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XII)

XIII - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIII)

XIV - efetuar o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIV)

Art. 24. Às Secretarias Municipais de Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, com inclusão de seus termos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, I)

II - planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, II)

III - organizar as ações e serviços de atenção para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se os serviços disponíveis no município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, III)

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IV)

V - pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, V)

VI - pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VI)

VII - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VII)

VIII - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos sobre sua gestão que ofertam ações de promoção e de prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VIII)

IX - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sobre gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IX)

X - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, X)

XI - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, XI)

Art. 25. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal competem as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 25)

Seção II
Das Responsabilidades das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 26. Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I)

a) realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, tais como alimentação saudável e atividade física, e prevenção de fatores de risco, tais como agentes cancerígenos físicos e químicos presentes no ambiente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, a)

b) desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer ou conforme diretrizes definidas localmente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, b)

c) avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, c)

d) realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, d)

e) implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, e)

f) encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, f)

g) coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, g)

h) registrar as informações referentes às ações de controle de câncer nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, h)

i) realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com as UNACON e os CACON, articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, i)

j) desenvolver ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional, tanto a ocupação atual quanto as anteriores, contendo atividades exercidas e a exposição a agentes cancerígenos inerentes ao processo de trabalho, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, j)

II - Componente Atenção Domiciliar: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II)

a) realizar o cuidado paliativo de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, a)

b) atuar com competência cultural, para reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas, aliada à humildade cultural, para a ênfase ao respeito dessas mesmas características observadas, em espaço e em tempo tão íntimos que é o evento morte no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, b)

c) comunicar-se de forma clara, possibilitando ao paciente e à família a possibilidade de receber todas as informações necessárias e expressar todos os sentimentos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, c)

d) atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase no controle da dor; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, d)

e) preparar paciente e familiares para a morte dentro dos limites de cada um, e proporcionar o máximo alívio do sofrimento; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, e)

f) instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, f)

g) proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possível. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, g)

III - Componente Atenção Especializada: composto por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica que devem apoiar e complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde, sendo constituído por: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III)

a) Atenção Ambulatorial: composto por conjunto de serviços que caracterizam o segundo nível de atenção, qual seja de média complexidade, e que realizam o atendimento especializado, exames para diagnóstico do câncer, apoio terapêutico e o tratamento de lesões precursoras, com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a)

1. realizar assistência diagnóstica e terapêutica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 1)

2. realizar, sempre que necessário, a contrarreferência dos usuários para a unidade básica de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 2)

3. oferecer apoio técnico às equipes de Atenção Básica e de Atenção Domiciliar com o objetivo de ampliar a resolutividade destes; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 3)

4. estabelecer e assegurar o encaminhamento dos usuários, quando indicado, com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as UNACON e os CACON. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 4)

b) Atenção Hospitalar: composto pelos hospitais habilitados como UNACON e CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, sendo que: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b)

1. Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, enquanto as estruturas hospitalares habilitadas como CACON realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

2. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

3. 2. oferecer serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

4. 3. registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

5. 4. realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

6. 5. ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

7. 6. ao CACON, oferecer, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

8. 7. À UNACON, oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

9. 8. na hipótese das UNACON e dos CACON não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, estes serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

10. os Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica procedem ao tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos operados que necessitam de complementação terapêutica, clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados, sendo que sua estruturação deve considerar dados epidemiológicos (população sob sua responsabilidade, estimativa de incidência e envelhecimento populacional), as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

11. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

12. 2. oferecer o tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e desenvolver ações de cuidado às pessoas com câncer, em especial, na atenção às intercorrências ou agudização da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

13. 3.encaminhar, de forma regulada, os casos que necessitam de complementação terapêutica clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

14. 4.realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

15. 5.registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

c) Rede de Urgência e Emergência: responsável por prestar cuidado às pessoas com câncer nas suas agudizações e, sempre que necessário, encaminhá-los para a UNACON ou o CACON responsável por seu cuidado, ou ainda, para o hospital geral de referência, sendo que os usuários que buscarem um serviço de urgência e emergência e, no momento do atendimento, forem diagnosticados com suspeita de câncer devem ter assegurados encaminhamento e, se necessário, transferência para uma UNACON ou um CACON, ou um hospital geral de referência. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, c)

IV - Componentes dos Sistemas de Apoio: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV)

a) realizar exames complementares relativos ao rastreamento, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, a)

b) registrar e inserir os dados pertinentes nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, b)

c) participar dos programas de garantia de qualidade dos exames de diagnóstico implantados; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, c)

d) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS nos termos da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, d)

V - Componente Regulação: responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer, com atuação de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, V)

VI - Componentes dos Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI)

a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários com câncer, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, a)

b) viabilizar e implementar a estrutura necessária para a informatização dos pontos de atenção à saúde por meio de recursos humanos, equipamentos, acesso à internet, entre outras medidas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, b)

c) prever centrais de regulação para o diagnóstico e tratamento do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, c)

VII - Componente Governança: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII)

a) pactuar os planos de ação regionais e locais para a prevenção e o controle do câncer, de acordo com o COAP, cabendo às Comissões Intergestores pactuarem as responsabilidades dos entes federativos; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, a)

b) instituir mecanismo de regulação do acesso para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade no acesso às ações e aos serviços para a prevenção do câncer e o cuidado ao paciente com câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, b)

CAPÍTULO IV
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO IV)

Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 27. Os parâmetros, as metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer deverão estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, III)

§ 1º O planejamento estratégico deverá contemplar ações, metas e indicadores de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde dos usuários deverão ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 2º)

CAPÍTULO V
DA REDE COLABORATIVA PARA QUALIFICAR O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Art. 28. Fica instituído o Comitê de Mobilização Social para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º)

I - ampliar a discussão relacionada à prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama, difundindo informações e envolvendo a sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, I)

II - contribuir para a mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama; e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, II)

III - contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, III)

§ 2º O Comitê de Mobilização Social será composto por representantes das seguintes Instâncias: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º)

I - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, II)

III - Instituto Mulheres pela Assistência Integral à Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (IMAIS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, III)

IV - Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IV)

V - Articulação das Mulheres Brasileiras (AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, V)

VI - Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VI)

VII - Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VII)

VIII - Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VIII)

IX - ONU Mulher; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IX)

X - Artistas e Intelectuais; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, X)

XI - Secretaria de Políticas da Mulher (SPM); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XI)

XII - Comissão de Saúde do Congresso Nacional; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XII)

XIII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIII)

XIV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIV)

XV - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

XVI - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde (ANEPS); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVI)

XVII - Rede de Educação Popular e Saúde (REDPOP). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

§ 3º A coordenação do Comitê de Mobilização Social será responsabilidade do Gabinete do Ministro, com o apoio técnico e institucional da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 3º)

§ 4º O Comitê de Mobilização Social se reunirá semestralmente, ou em caráter extraordinário quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 4º)

Art. 29. Fica instituído o Comitê de Especialistas para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º)

I - contribuir com base em evidências científicas aplicadas à saúde pública para respaldar e aperfeiçoar as diretrizes de ação formuladas. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º, I)

§ 2º O Comitê de Especialistas será composto por representantes da academia com atuação nas áreas afins e profissionais de notório saber no tema específico, compromissados com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e vinculados às entidades a seguir relacionadas: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º)

I - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, II)

III - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, V)

VI - Sociedade Brasileira de Citologia Clínica (SBCC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBCP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VIII)

IX - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IX)

X - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, X)

XI - Instituto de Câncer de São Paulo (ICESP - SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XI)

XII - Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XII)

XIII - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIII)

XIV - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia do HPV (INCT/HPV); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIV)

XV - Hospitais do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (PROADI); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XV)

XVI - Hospital Pérola Byington / Centro de Referência da Mulher (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVI)

XVII - Universidade de Brasília (UNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVII)

XVIII - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVIII)

XIX - Universidade Federal de Goiás (UFG); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIX)

XX - Universidade Federal de São Paulo (USP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XX)

XXI - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXI)

XXII - Universidade do Estado de São Paulo (USP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXII)

XXIII - Fundação Oncocentro de São Paulo (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIII)

XXIV - Centro Estadual de Oncologia (CICAN/SESAB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIV)

XXV - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXV)

XXVI - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVI)

XXVII - Hospital Amaral Carvalho (Jaú - SP); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVII)

XXVIII - Hospital de Câncer de Barretos. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVIII)

XXIX - Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (CONSINCA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXX - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXI - Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXII - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

§ 3º O Comitê de Especialistas será vinculado e coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde e deverá reunir-se pelo menos duas vezes ao ano, ou em caráter extraordinário quando solicitado, conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Outros especialistas ad hoc poderão ser convidados, quando julgado necessário e conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 4º)

Art. 30. Fica instituída a Rede Colaborativa para a Qualificação do Diagnóstico e Tratamento das lesões precursoras do Câncer do Colo do Útero com a responsabilidade de articular e promover a implantação de Centros Qualificadores de Ginecologistas para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero, bem como definir critérios de produção e qualificação para a certificação de serviços de confirmação diagnóstica e de tratamento dessas lesões, entre outras atividades que objetivem aperfeiçoar a linha de cuidado para a prevenção e tratamento do câncer do colo do útero no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Rede Colaborativa será coordenada por comissão composta de representantes dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

III - Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, IV)

V - Instituto de Ginecologia da UFRJ. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, V)

Art. 31. A Secretaria de Atenção a Saúde tomará as devidas providências para a operacionalização do estabelecida neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 4º)

CAPÍTULO VI

DO COMITÊ TÉCNICO ASSESSOR PARA ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

Art. 32. Fica instituído o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 1º)

Art. 33. O referido Comitê terá como atribuição assessorar o Ministério da Saúde na elaboração de políticas, incorporação de novas tecnologias e definição de protocolos. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 2º)

Art. 34. O Comitê, coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a)

1. Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 1)

2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 2)

b) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, c)

d) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, d)

II - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, III)

IV - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, V)

VI - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VIII)

IX - Sociedade Brasileira de Cancerologia; e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IX)

X - Instituições e especialistas na área de oncologia e saúde da mulher convidados pela coordenação. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, X)

CAPÍTULO VII

DO PRIMEIRO TRATAMENTO DO PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA, NO ÂMBITO DO SUS

Art. 35. Este Capítulo dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma do art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 1º)

Art. 36. Considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna comprovada com: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º)

I - a realização de terapia cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, I)

II - o início de radioterapia; ou (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, II)

III - o início de quimioterapia. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Os pacientes sem indicação das terapêuticas antitumorais descritas nos incisos I a III do "caput" terão acesso a cuidados paliativos, incluindo-se entre estes o controle da dor crônica, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 37. O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1220/2014)

§ 1º O prazo previsto no "caput" poderá ser reduzido por profissional médico responsável, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Não se aplica o prazo previsto no "caput" aos seguintes casos de neoplasia maligna: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º)

I - câncer não melanótico de pele dos tipos basocelular e espinocelular; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, I)

II - câncer de tireoide sem fatores clínicos pré-operatórios prognósticos de alto risco; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, II)

III - casos sem indicação de tratamento descritos no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, III)

§ 3º Os casos de neoplasia maligna especificados no art. 37, § 2º observarão protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e notas técnicas justificativas publicadas pelo Ministério da Saúde e disponibilizadas por meio dos endereços eletrônicos http://www.saude.gov.br e http://www.inca.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 3º)

Art. 38. Para efetivação do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, observar-se-á o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º)

I - atendimento do paciente no SUS; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, I)

II - registro do resultado do laudo patológico no prontuário do paciente no serviço do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, II)

III - encaminhamento para unidade de referência para tratamento oncológico, incluindo-se a realização do plano terapêutico estabelecido entre a pessoa com câncer, o médico responsável e a equipe de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, III)

Art. 39. Cabe aos serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção observar o fluxo disposto no art. 38 e prestar assistência adequada e oportuna aos usuários com diagnóstico comprovado de neoplasia maligna de acordo com as responsabilidades descritas na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 5º)

Art. 40. O médico e/ou equipe de saúde registrará no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), além de outros dados, as seguintes datas: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º)

I - em que foi firmado o diagnóstico de neoplasia maligna em laudo patológico; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, I)

II - de registro do exame no prontuário do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, II)

III - do primeiro tratamento conforme o art. 37. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A data de que trata o inciso III do "caput" será registrada pelo serviço de saúde para o qual o paciente foi referenciado, após a efetiva realização do primeiro tratamento contra a neoplasia maligna comprovada. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 41. Compete aos Estados, Distrito Federal e Municípios organizar a assistência oncológica e definir fluxos de referência para atendimento dos usuários comprovadamente diagnosticados com neoplasia maligna para o cumprimento do disposto neste Capítulo e em consonância com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. No caso de encaminhamento do usuário para serviços de saúde situados em outro ente federado ou região de saúde, o fluxo de referência de que trata o "caput" será pactuado previamente na respectiva Comissão Intergestores e divulgado para todos os serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 42. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º)

I - prestar apoio e cooperar tecnicamente com os gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para organização dos serviços de saúde a fim de cumprir o disposto neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, I)

II - garantir o financiamento para o tratamento do câncer, nos moldes das pactuações vigentes, de acordo com as suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, II)

III - elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionadas ao tratamento de neoplasias malignas; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, III)

IV - definir diretrizes para a organização das linhas de cuidado na prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, IV)

V - monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com as suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, V)

§ 1º Fica criada Comissão de Monitoramento e Avaliação do cumprimento da Lei nº 12.732, de 2012, de caráter permanente, composta por representantes, um titular e um suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I)

a) do Departamento de Articulação de Redes (DARAS/SAS/MS), que a coordenará; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, a)

b) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, b)

II - da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II)

a) do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SGEP/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, a)

b) do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, b)

III - da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, III)

IV - da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, IV)

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes máximos dos respectivos órgãos e entidades à coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Comissão de Monitoramento e Avaliação poderá convocar servidores das unidades do Ministério da Saúde e da ANVISA para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Compete à Comissão de Monitoramento e Avaliação: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º)

I - garantir o cumprimento do disposto nos incisos I a V do "caput"; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, I)

II - acompanhar o processo de implantação do SISCAN em território nacional; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, II)

III - acompanhar a elaboração e a execução dos planos regionais dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, III)

IV - constituir forças-tarefas específicas, quando necessário, para execução de atividades relacionadas ao cumprimento das competências previstas neste parágrafo; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, IV)

V - realizar outras medidas necessárias para a implementação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, V)

Art. 43. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º)

I - definir estratégias de articulação com as direções municipais do SUS com vistas à elaboração de planos regionais; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, I)

II - realizar o diagnóstico da capacidade instalada com vistas a identificar os espaços territoriais sem serviços de saúde especializados em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, II)

III - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos, quando estiver no seu âmbito de gestão, e pactuar na respectiva Comissão Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, III)

IV - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, IV)

V - promover o apoio necessário à organização da prevenção e controle do câncer nos Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, V)

VI - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, VI)

Art. 44. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10)

I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos e pactuar na respectiva Comissão Intergestores quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, I)

II - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, II)

III - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, III)

Art. 45. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 11)

Art. 46. Compete aos laboratórios públicos e conveniados ao SUS que realizam exame citopatológico ou histopatológico disponibilizar o laudo para: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12)

I - o usuário ou seu representante legal; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, I)

II - o médico responsável pela solicitação; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, II)

III - a unidade de saúde solicitante. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, III)

Art. 47. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as informações descritas no modelo de prontuário disponível no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sas, observado o disposto no art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. As informações exigidas nos termos deste artigo não substituem as informações obrigatórias dos formulários já padronizados no âmbito do SUS de solicitação de exame citopatológico ou histopatológico em caso de suspeita de neoplasia maligna do colo do útero ou de mama. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 48. Os Estados que possuírem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia elaborarão planos regionais mediante pactuação prévia no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartites e, se houver, Comissões Intergestores Regionais para superar essa situação, com posterior envio à Comissão Intergestores Tripartite para conhecimento, a fim de garantir a assistência integral à pessoa com câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. Os Estados e os Municípios não estão eximidos de cumprir o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, durante o tempo em que os planos regionais não estiverem efetivamente implantados e deverão, portanto, garantir o tratamento adequado e oportuno por meio de serviços de referência. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 49. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º)

I - da unidade de saúde requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I)

a) nome; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, a)

b) código do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, b)

II - do paciente: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, a)

b) data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, b)

c) nome completo da mãe; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, c)

d) número do cartão SUS. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, d)

III - dados do caso: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III)

a) tipo de exame solicitado; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, a)

b) localização da lesão; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, b)

c) acometimento de linfonodos; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, c)

d) procedência do material enviado; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, d)

e) tipo de tratamento anterior, se realizado. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, e)

IV - do médico requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, a)

b) número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, b)

c) data da requisição do exame. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, c)

CAPÍTULO VIII
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO V)

Art. 50. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção, prevenção e recuperação dos usuários em relação ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IX
DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 51. As instâncias gestoras do SUS, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), CIB e CIR pactuarão as responsabilidades dos entes federativos nas suas respectivas linhas de cuidado que compõem a Política Nacional para o Controle do Câncer, de acordo com as características demográficas e epidemiológicas e o desenvolvimento econômico-financeiro das regiões de saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. A organização dos critérios das linhas de cuidado priorizadas e de seus componentes será objeto de normas específicas pactuadas na CIT e posteriormente publicadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 52. Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias, e do INCA/SAS/MS, a estruturação e implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 30)

ANEXO X
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Origem: PRT MS/GM 1130/2015)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 1º)

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 2º)

Art. 3º Para fins da PNAISC, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º)

I - criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 10 (dez) anos ou 120 (cento e vinte) meses; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, I)

II - primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 6 (seis) meses ou 72 (setenta e dois) meses. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 16 (dezesseis) anos ou 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º)

I - direito à vida e à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, I)

II - prioridade absoluta da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, II)

III - acesso universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, III)

IV - integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, IV)

V - equidade em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, V)

VI - ambiente facilitador à vida; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VI)

VII - humanização da atenção; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VII)

VIII - gestão participativa e controle social. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VIII)

Art. 5º A PNAISC possui as seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º)

I - gestão interfederativa das ações de saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, I)

II - organização das ações e serviços na rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, II)

III - promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, III)

IV - fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IV)

V - qualificação da força de trabalho do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, V)

VI - planejamento e desenvolvimento de ações; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VI)

VII - incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VII)

VIII - monitoramento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VIII)

IX - intersetorialidade. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IX)

Art. 6º A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º)

I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, I)

II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, II)

III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, III)

IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de

prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, IV)

V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, V)

VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrassetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VI)

VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VII)

Art. 7º São ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º)

I - a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, I)

II - a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, II)

III - a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e debaixo peso, com a utilização do "Método Canguru", conforme Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, III)

IV - a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, IV)

V - a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, V)

VI - o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VI)

VII - as triagens neonatais universais. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VII)

Art. 8º São ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º)

I - a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, I)

II - a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, II)

III - a Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, III)

IV - a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, IV)

V - a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, V)

VI - a mobilização social em aleitamento materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, VI)

Parágrafo Único. Os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estão indicados no Anexo 2. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 1º)

Art. 9º São ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º)

I - a disponibilização da "Caderneta de Saúde da Criança", com atualização periódica de seu conteúdo, conforme Anexo 3; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, I)

II - a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, II)

III - o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, III)

IV - o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, IV)

Art. 10. São ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10)

I - a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, I)

II - a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, II)

III - o fomento da atenção e internação domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, III)

Art. 11. São ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11)

I - o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, I)

II - a implementação da "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência"; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, II)

III - a articulação de ações intrassetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, III)

IV - o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, IV)

§ 1º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema único de Saúde - SUS deverão notificar, ao Conselho Tutelar da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 1º)

§ 2º Definir que a notificação de que trata o § 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo 2 do Anexo X , observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento, que deverá ser preenchido em duas vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º, Parágrafo Único) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º)

Art. 12. São ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12)

I - a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, I)

II - o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, II)

III - o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, III)

Art. 13. Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 13)

Art. 14. A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 14)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15)

I - articular e apoiar a implementação da PNAISC, em parceria com os gestores estaduais e municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Nacional de Saúde, considerando as prioridades e as especificidades regionais, estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, II)

III - propor diretrizes, normas, linhas de cuidado e metodologias específicas necessárias à implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, III)

IV - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de implementação de atenção integral à saúde da criança nas regiões de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IV)

V - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, V)

VI - fomentar a qualificação de serviços como centros de apoio e formação em boas práticas em saúde da criança, visando à troca de experiências e de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VI)

VII - monitorar e avaliar os indicadores e as metas nacionais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VII)

VIII - apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VIII)

IX - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que

favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IX)

X - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, X)

XI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos nacionais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, XI)

Art. 16. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16)

I - coordenar a implementação da PNAISC no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locorregionais e articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, no âmbito estadual e distrital, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, III)

IV - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito estadual, distrital e municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, IV)

V - monitorar e avaliar os indicadores e as metas estaduais e distritais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, V)

VI - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VI)

VII - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VII)

VIII - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17)

I - implantar/implementar a PNAISC, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais e articular o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde, e no Planejamento Regional; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, I)

II - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, II)

III - monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, III)

IV - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, IV)

V - fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, V)

VI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, VI)

Art. 18. O financiamento da PNAISC é de responsabilidade tripartite, de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 18)

Art. 19. O processo de monitoramento e avaliação da PNAISC ocorrerá de acordo com as pactuações realizadas nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação deverão considerar os indicadores de atenção à saúde da criança, estabelecidos nos instrumentos de gestão do SUS, em âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. A PNAISC contará com documento orientador para sua implementação a ser disponibilizado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 20)

TÍTULO II
DO MÉTODO CANGURU

Art. 21. Fica aprovada a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Art. 1º)

TÍTULO III
DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)

Art. 22. Os Hospitais Amigos da Criança adotarão ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", na forma da Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Atendimento ao Parto Normal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Dentre as ações referidas no "caput", os Hospitais Amigos da Criança garantirão a vinculação da gestante, no último trimestre de gestação, ao estabelecimento hospitalar em que será realizado o parto. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 23. Os Hospitais Amigos da Criança assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na Atenção Básica, bem como o acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 5º)

CAPÍTULO I
DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERATIVOS PELA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO II)

Art. 24. Para gerenciar a implantação e a implementação da IHAC, no âmbito do SUS, ficam estabelecidas as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º)

I - ao Ministério da Saúde (MS) compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I)

a) propor normas e promover condições que qualifiquem os Recursos Humanos para a condução dos processos operacionais e fluxos da IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, a)

b) estabelecer diretrizes para habilitação dos Hospitais Amigos da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, b)

c) realizar as avaliações globais dos estabelecimentos de saúde para serem habilitados à IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, c)

d) publicar atos normativos para habilitação do estabelecimento de saúde na IHAC, bem como para definição do repasse financeiro decorrente desta habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, d)

e) entregar a placa de Hospital Amigo da Criança em solenidade oficial, recomendando-se a participação de 1 (um) representante do Ministério da Saúde, 1 (um) representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1 (um) representante da Secretaria de Saúde do Estado e 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, e)

f) monitorar e avaliar permanentemente a estratégia IHAC no País; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, f)

g) garantir a manutenção do sistema de informação "web" (SISIHAC) para coleta e gerenciamento de dados; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, g)

h) instituir a formação de 5 (cinco) polos de referência no País, com o objetivo de atuar nas atividades relacionadas à IHAC, no âmbito de cada unidade federativa da sua área de abrangência, em concordância com os critérios deste Título. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, h)

II - à Secretaria de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II)

a) coordenar a IHAC no âmbito estadual, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, a)

b) apoiar as Secretarias Municipais de Saúde para habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança dos seus Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, b)

c) disponibilizar profissionais para serem formados como avaliadores da IHAC pelo Ministério da Saúde e para os processos de apoio e avaliação dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, c)

d) promover e organizar solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Município; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, d)

e) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, e)

f) informar à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, f)

g) solicitar ao Ministério da Saúde o descredenciamento de hospital desativado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, g)

III - à Secretaria de Saúde dos Municípios compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III)

a) coordenar a IHAC, no âmbito municipal, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, a)

b) participar, junto à Secretarial de Saúde dos Estados, do apoio à formação dos recursos humanos e à habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, b)

c) promover e organizar a solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, c)

d) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, d)

e) informar à Secretaria de Saúde dos Estados os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, e)

Parágrafo Único. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete os direitos e as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II
DA HABILITAÇÃO À IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO III)

Art. 25. Para serem habilitados à IHAC pelo código 14.16, os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão atender aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º)

I - cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim definidos: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I)

a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, a)

b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, b)

c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, c)

d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, d)

e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, e)

f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, f)

g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, g)

h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, h)

i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, i)

j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, j)

II - cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL); (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, II)

III - garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, III)

IV - cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV)

a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, a)

b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, b)

c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, c)

d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, d)

e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, e)

f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, f)

g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, g)

Parágrafo Único. O critério global Cuidado Amigo da Mulher deverá estar contido em normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 26. Os estabelecimento de saúde públicos e privados interessados em se habilitarem à IHAC, além de cumprirem as exigências do art. 25, deverão: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º)

I - apresentar requerimento por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca e preencher os formulários que estarão disponíveis no sistema de informação do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, I)

II - realizar autoavaliação na qual o estabelecimento de saúde preencherá o questionário disponível no sistema de informação do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, que será analisado pela Coordenação Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno ou órgão equivalente na Secretaria de Saúde dos Estados e dará continuidade ao processo de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, II)

III - submeter-se à pré-avaliação realizada por avaliadores da IHAC no âmbito estadual; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, III)

IV - submeter-se à Avaliação Global a ser realizada por avaliadores da IHAC coordenada pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, IV)

§ 1º Na hipótese do inciso I do "caput", caso o estabelecimento de saúde não consiga acessar o sistema de informação do Ministério da Saúde, então poderá solicitar e apresentar os formulários de forma física às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Constatado na autoavaliação o cumprimento dos critérios exigidos, será realizada a pré-avaliação por 1 (um) ou 2 (dois) avaliadores da IHAC, indicados pela Secretaria Estadual de Saúde, mediante instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo deslocamento do avaliador para realizar a pré-avaliação em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no Município durante a realização da pré-avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Ao final do processo de pré-avaliação, caso o estabelecimento de saúde não atenda integralmente aos critérios descritos neste Título, a Secretaria Estadual de Saúde estabelecerá o prazo máximo de 90 (noventa) dias para realização de nova pré-avaliação, antes do início de novo processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 4º)

§ 5º A partir da comprovação do cumprimento dos critérios da IHAC na pré-avaliação, o Coordenador Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, ou órgão equivalente, solicitará a Avaliação Global ao Ministério da Saúde, por meio da CGSCAM/DAPES/SAS/MS, para dar continuidade ao processo de habilitação como Hospital Amigo da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 5º)

§ 6º A Avaliação Global analisará os critérios descritos neste Título e será realizada por 2 (dois) avaliadores credenciados e designados pela CGSCAM/DAPES/SAS/MS, sendo 1 (um) do próprio Estado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 6º)

§ 7º Os resultados da Avaliação Global deverão ser lançados no sistema de informação do Ministério da Saúde pelos avaliadores responsáveis. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 7º)

§ 8º Durante o processo da Avaliação Global, o Ministério da Saúde se responsabilizará pelo custeio do deslocamento e hospedagem do avaliador indicado pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo custo de deslocamento e hospedagem de seu respectivo avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 8º)

§ 9º O estabelecimento de saúde que, por ocasião da Avaliação Global, não atender integralmente aos critérios estabelecidos neste Título, terá o prazo de 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e solicitar à Secretaria Estadual de Saúde nova Avaliação Global. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 9º)

§ 10. Na nova avaliação referida no art. 26, § 9º , serão avaliados apenas os critérios não cumpridos na primeira Avaliação Global, caso a segunda ocorra dentro do período de 6 (seis) meses da realização desta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 10)

§ 11. Ultrapassado o período descrito no art. 26, § 10, deverá ser feita nova Avaliação Global, com análise de todos os critérios de habilitação à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 11)

§ 12. Ao final da Avaliação Global, os avaliadores informarão ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente sobre o resultado preliminar da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 12)

Art. 27. Cumpridas satisfatoriamente as exigências e procedimentos descritos nos arts. 25 e 26 do Anexo X , o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º)

§ 1º O estabelecimento de saúde habilitado receberá a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança". (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC terá validade de 3 (três) anos, devendo ser registrada no Selo de Certificação afixado à placa referida no art. 27, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Compete à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) manter os sistemas de informação atualizados com as habilitações aprovadas. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 3º)

CAPÍTULO III
DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 28. Os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC deverão submeter-se anualmente à autoavaliação constante no sistema de informação do Ministério da Saúde, com o apoio das secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10)

§ 1º A liberação do sistema de informação do Ministério da Saúde para inserção dos dados do monitoramento anual será de competência do Ministério da Saúde e ficará disponível do primeiro ao último dia útil do ano, podendo o estabelecimento de saúde preencher o questionário de autoavaliação no período que considerar mais adequado ou quando completar 1 (um) ano após a habilitação na IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º O sistema de informação do Ministério da Saúde será fechado no último dia de cada ano e o balanço dos dados informados será finalizado no último dia do mês de janeiro do ano subsequente, quando será divulgado pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde e aos Hospitais Amigos da Criança do País. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO IV
DA REAVALIAÇÃO TRIENAL
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO V)

Art. 29. A cada 3 (três) anos os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC serão reavaliados, de forma presencial, pelas secretarias de saúde dos estados ou do Distrito Federal, ou, ainda, a qualquer tempo, em virtude de denúncia de irregularidades. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11)

§ 1º Para a realização das reavaliações de que trata o "caput", a Secretária de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal designará 2 (dois) avaliadores, que não poderão manter qualquer vínculo com o estabelecimento de saúde a ser avaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 1º)

§ 2º Os avaliadores responsáveis deverão, ao final da reavaliação trienal, informar ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente, em reunião com toda a equipe, o resultado preliminar. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 2º)

§ 3º A partir do resultado final da reavaliação trienal, os avaliadores deverão registrar os respectivos dados no sistema de informação do Ministério da Saúde, onde serão disponibilizados às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde e ao estabelecimento de saúde reavaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 3º)

§ 4º Constatado, por ocasião da reavaliação de que trata o "caput", que o estabelecimento de saúde não cumpre os critérios deste Título, ser-lhe-á concedido o prazo de até 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e submeter-se a nova reavaliação acerca dos critérios não cumpridos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 4º)

§ 5º Se, por ocasião da nova reavaliação, os critérios ainda não estiverem sendo cumpridos na íntegra, mas forem constatados progressos, o estabelecimento de saúde terá o prazo de até 3 (três) meses para realizar as adequações e ser novamente reavaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 5º)

§ 6º Os resultados da reavaliação promovida pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal serão comunicados à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 6º)

§ 7º Na hipótese de o estabelecimento de saúde continuar não cumprindo os critérios deste Título, a CGSCAM/DAPES/SAS/MS indicará e enviará um avaliador para uma última reavaliação do mesmo. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 7º)

§ 8º Caso o estabelecimento de saúde não seja aprovado na última reavaliação, será automaticamente desabilitado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 8º)

§ 9º Os estabelecimentos de saúde aprovados na reavaliação receberão selo de renovação da habilitação para o próximo período trienal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 9º)

§ 10. A Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal ficará responsável pelo deslocamento dos avaliadores para realizarem as reavaliações em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no município durante a realização da reavaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 10)

CAPÍTULO V
DA DESABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE À IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 30. Serão desabilitados da IHAC os estabelecimentos de saúde que estejam nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12)

I - não for avaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal por 2 (dois) períodos de reavaliação trienal consecutivos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, I)

II - não cumprirem os critérios nas reavaliações trienais; ou (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, II)

III - não realizarem a autoavaliação por 2 (dois) anos consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, III)

§ 1º A desabilitação será feita mediante edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, revogando-se o ato anterior de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º O estabelecimento será notificado para, no prazo de 30 (trinta) dias após a sua desabilitação, devolver a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 2º)

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 31. A CGSCAM/DAPES/SAS/MS atualizará, periodicamente, os manuais instrutivos disponibilizados no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, com detalhamento dos processos de avaliação e monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 15)

Art. 32. A ouvidoria ativa do Ministério da Saúde será um dos instrumentos para direcionar à CGSCAM/DAPES/SAS/MS eventuais denúncias de irregularidades em face das boas práticas da IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 16)

TÍTULO IV
DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Art. 33. Fica disponibilizada gratuitamente a "Caderneta de Saúde da Criança" a todas as crianças nascidas em território nacional, contendo a Informação Básica Comum estabelecida pela Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 1º)

Art. 34. As cadernetas serão distribuídas aos municípios, anualmente, em quantidade suficiente para a disponibilização a todas as crianças nascidas vivas, em maternidades públicas ou privadas, naquele ano, conforme estimativa estabelecida a partir do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), por local de ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 2º)

Art. 35. Toda caderneta de saúde destinada à criança, disponível no País, deverá adequar-se ao disposto na Resolução MERCOSUL/GMC Nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 3º)

Art. 36. Ficam aprovados a Resolução Mercosul/GMC nº 04/05 e seu anexo, na forma do Anexo 6 do Anexo X e do Anexo 7 do Anexo X intitulado "Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança". (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 1º)

Art. 37. O Ministério da Saúde expedirá os atos normativos necessários para dar cumprimento à Resolução citada por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 2º)

TÍTULO V
DO COMITÊ NACIONAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E NEONATAL

Art. 38. Institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 1º)

Art. 39. Fica definida a composição do Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, com os seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IX)

X - 1 (um) representante da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante da Pastoral da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XIII)

Art. 40. Compete ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º)

I - estimular a investigação dos óbitos infantis e fetais pelas equipes de saúde, segundo critérios definidos, preferencialmente com a participação integrada dos profissionais da vigilância epidemiológica e da área de assistência

em saúde (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e setores da área de assistência das Secretarias de Saúde); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, I)

II - estimular a realização de análises dos óbitos investigados segundo a possibilidade de sua prevenção, com especial atenção à identificação de problemas relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II)

a) à assistência de saúde prestada à gestante e à criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, a)

b) à organização dos serviços e do sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, b)

c) as condições sociais, da família e da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, c)

III - contribuir para a melhoria da informação em saúde, com a correção das estatísticas oficiais e qualificação das informações sobre nascimentos, óbitos infantis e fetais; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, III)

IV - contribuir para a melhoria dos registros de saúde, por meio da sensibilização dos profissionais para o correto preenchimento de prontuários, fichas de atendimento, Cartão da gestante e Cartão da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IV)

V - acompanhar, assessorar e estimular a constituição de comitês estaduais, regionais, municipais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, V)

VI - avaliar, periodicamente, os principais problemas observados no estudo dos óbitos e das medidas realizadas de intervenção para redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VI)

VII - divulgar, sistematicamente, os resultados e experiências bem sucedidas, com elaboração de material específico (relatórios/boletim periódicos); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VII)

VIII - elaborar propostas para a construção de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VIII)

IX - promover a mobilização do poder público, instituições e sociedade civil com vistas à prevenção da mortalidade infantil e fetal; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IX)

X - promover seminários, oficinas e encontros nacionais para sensibilização, troca de experiências e avaliação dos trabalhos no âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, X)

TÍTULO VI
DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUE OFEREÇAM ATENDIMENTO PEDIÁTRICO EM REGIME DE INTERNAÇÃO

Art. 41. Fica aprovado, na forma do art. 251 da Portaria de Consolidação nº 6, o Regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO X
Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Anexo 1)

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

I - INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

A presente Norma deverá ser implantada nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). As Unidades que já possuem esse Método de atendimento deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas as novas adaptações que visam melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

A adoção dessa estratégia contribui para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família.

Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a tomada de condutas que visem a um atendimento adequado ao recém-nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento familiar.

Definição

1. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social.

2. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Normas Gerais

1. A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente uma mudança de atitude na abordagem do recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização.

2. O método descrito não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras, já que estas situações têm as suas indicações bem estabelecidas.

3. O Método não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.

4. O início da atenção adequada ao RN antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de recém-nascidos de baixo peso; para elas devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

5. Nas situações em que há risco de nascimento de crianças com baixo peso, é recomendável encaminhar à gestante para os cuidados de referência, uma vez que essa é a maneira mais segura de atenção.

6. Na 2ª etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação da criança e da mãe.

7. Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru.

8. A presença de berço no alojamento de mãe e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a criança ali permaneça na hora do exame clínico, durante o asseio da criança e da mãe e nos momentos em que a mãe e a equipe de saúde acharem necessários.

9. São atribuições da equipe de saúde:

- orientar a mãe e a família em todas as etapas do método

- oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos

- encorajar o aleitamento materno

- desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição

- desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar

- participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção

- orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.

Vantagens

- aumenta o vínculo mãe-filho - reduz o tempo de separação mãe-filho

- melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso.

- estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração

- permite um controle térmico adequado - favorece a estimulação sensorial adequada do RN

- contribui para a redução do risco de infecção hospitalar

- reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso

- propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde

- possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar

- contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos

População a ser atendida

- gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso

- recém-nascidos de baixo peso

- mãe, pai e família do recém-nascido de baixo peso

Aplicação do método

O método será desenvolvido em três etapas:

- 1ª etapa

Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal.

- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal.

- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário.

- Propiciar sempre que possível o contato com o bebê.

- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais.

- Oferecer suporte para a amamentação.

- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade

- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem estar do bebê.

- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências.

- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário.

- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos.

- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê.

- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.

- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento.

- Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa:

- Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos estados e/ou municípios

- Refeições durante a permanência na unidade pelos estados e/ou municípios

- Assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso

- Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

2ª etapa

Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um "estágio" pré-alta hospitalar.

2.1 São critérios de elegibilidade para a permanência nessa etapa:

2.1.2 Do bebê

- estabilidade clínica

- nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo)

- peso mínimo de 1.250g

2.1.2 Da mãe

- desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio de risco do recém-nascido.

- consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde

- capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido.

- conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru

2.2 Permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades.

2.3 Acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário.

2.4 Cada serviço deverá utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais.

2.5 A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contraindicam a permanência nessa etapa.

2.6 São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê

- compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível

- peso mínimo de 1.600g

- ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta

- sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação

- assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g

- a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana

- garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

3.3ª etapa

Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial.

3.1 Ambulatório de acompanhamento São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida

- avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte

- apoiar a manutenção de rede social de apoio

- corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias

- orientar e acompanhar tratamentos especializados

- orientar esquema adequado de imunizações

3.2 O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores

- o atendimento, quando necessário deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar

- ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite

- o tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade

- após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde Recursos para a implantação

1. Recursos Humanos

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método

A equipe multiprofissional deve ser constituída por:

- Médicos

- pediatras e/ou neonatologistas (cobertura de 24 horas)

- obstetras (cobertura de 24 horas)

- oftalmologista

- enfermeiros (cobertura de 24 horas)

- psicólogos

- fisioterapeutas

- terapeutas ocupacionais

- assistentes sociais

- fonoaudiólogos

- nutricionistas

- técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios com cobertura 24 horas).

2. Recursos Físicos

2.1 Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descrito nas etapas 1 e 2 dessa Norma. É importante que essas áreas permitam a colocação de assentos removíveis (cadeiras - bancos) para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 Os quartos ou enfermarias para a 2ª etapa deverão obedecer à Norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5m² para cada conjunto leito materno/berço do recém-nascido.

2.3 Recomenda-se que a localização desses quartos proporcione facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 Objetivando melhor funcionamento, o número de binômios por enfermaria deverá ser de, no máximo, seis.

2.5 O posto de enfermagem deverá localizar-se próximo a essas enfermarias.

2.6 Cada enfermaria deverá possuir um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

3. Recursos Materiais

3.1 Na 2ª etapa, na área destinada a cada binômio, serão localizados: cama, berço (de utilização eventual, mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira elevada), aspirador a vácuo, central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 Carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

Avaliação do método

Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- morbidade e mortalidade neonatal.

- taxas de reinternação.

- crescimento e desenvolvimento

- grau de satisfação e segurança materna e familiar

- prevalência do aleitamento materno

- desempenho e satisfação da equipe de saúde

- conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança

- tempo de permanência intra-hospitalar

A equipe técnica da Saúde da Criança/MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

ANEXO 2 DO ANEXO X

Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Anexo 1)

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade - Lei n° 8.069, de 13.07.90 - Estatuto da Criança e do Adolescente)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO
Data do atendimento: _____/_____/_____
Unidade:
Endereço da unidade:
Telefones:
Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional):

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE		
Nome:		
DN: _____/_____/_____		
Idade:	Sexo:	Registro na unidade:
Filiação:		
Responsável (eis) Legal (eis)):		
Acompanhamento:		
Grau de Relacionamento:		
Endereço:		
Telefone para contato:		
Referência para localização:		

III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores) Maus-tratos identificados/Causador(es) provável dos maus-tratos:				
Abuso Físico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Sexual	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Psicológico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Negligência	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abandono	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____

Outras síndromes especificadas de maus-tratos: _____

Síndrome não especificada de maus-tratos: _____

Descrição sumária do ocorrido:

_____

_____

_____

_____

IV - DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnase e exame físico que sugiram a partir da caracterização de maus-tratos)

_____

_____

_____

_____

V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE

_____

_____

_____

_____

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____ em _____/_____/_____

_____ Ver instrutivo no
ATENÇÃO: verso da ficha

assinatura e Carimbo da Direção

ANEXO 3 DO ANEXO X

TABELA DE HABILITAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 1)

Tabela de Habilitação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Código da habilitação	Nome da habilitação	Tipo de habilitação
14.16	Hospital Amigo da Criança	Centralizada

ANEXO 4 DO ANEXO X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 2)

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.003-9	Parto Normal	17%
04.11.01.003-4	Parto Cesariano	8,5%
03.10.01.004-7	Parto Normal em Gestação de alto Risco	5%
04.11.01.002-6	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	2,5%
04.11.01.004-2	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO 5 DO ANEXO X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 3)

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.002-0	Parto Normal	8,5%
	Parto Cesariano	8,5%
	Parto Normal em Gestação de alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO 6 DO ANEXO X

MERCOSUL/GMC/RES. N° 04/05 (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1)

Art. 1º Aprovar a "Informação Básica Comum para a Cadernetade Saúde da Criança", que consta como Anexo e faz parte da referida Resolução. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º A Caderneta de Saúde da Criança deve incluir o período compreendido entre o nascimento e a idade definida por cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 2º)

Art. 3º A informação básica comum deverá estar incluída na Caderneta de Saúde da Criança de cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Cada Estado Parte, de acordo com seu critério poderá agregar outros requisitos na normativa nacional ou local e/ou aumentar os requisitos referidos. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 4º)

Art. 5º Os Estados Partes colocarão em vigência as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para dar cumprimento à referida Resolução através dos seguintes organismos: (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - Brasil: Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - Paraguai: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; e (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - Uruguai: Ministerio de Salud Pública. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

Art. 6º Os Estados Partes do MERCOSUL deverão incorporar a referida Resolução aos seus ordenamentos jurídicos nacionais antes de 31 de dezembro de 2005. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 6º)

ANEXO 7 DO ANEXO X

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 2)

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Os conteúdos incluem:

1. Dados pessoais:

sobrenome(s)

nome(s)

sexo: M F

data de nascimento

local de nascimento

número e tipo de documento

endereço

2. Dados maternos:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

3. Dados paternos:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

4. Dados do responsável:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

**** No caso brasileiro, o cartão SUS da criança contemplará os dados referentes aos pais ou responsáveis.***

5. Dados da gravidez e parto:

gravidez:

nº de controles pré-natais pelo pessoal que os realizou (médico, enfermeira, outros)

gravidez: simples, múltipla

vacinas recebidas

sorologia: não, sim, resultados: negativo, positivo

tratamentos

grupo sangüíneo fator RH

tipo de parto: vaginal cefálica, vaginal podálica, cesárea, fórceps, outro

lugar: institucional ou não

f) patologias detectadas na gravidez, parto e puerpério

g) recém-nascido:

peso de nascimento, tamanho, perímetro cefálico

idade gestacional (semana)

Chorou ao nascer (em caso de parto não institucional): imediatamente ou demorou a chorar.

pontuação de APGAR: (parto institucional) com cinco minutos

reanimação: Não Sim

grupo sangüíneo RH

anormalidade e malformações detectadas

patologias intercorrente

h) alimentação na alta:

aleitamento materno exclusivo

mista

artificial

i) espaço para anotação de doenças padecidas e tratamentos efetuados. Contém data, idade, diagnóstico, assinatura e carimbo do médico responsável.

j) tabela de crescimento

k) alimentação

l) desenvolvimento até um ano de vida

m) calendário de vacinação, com as vacinas recebidas

n) espaço para observações referentes à saúde bucal, ocular e auditiva.

ANEXO 8 DO ANEXO X

REGULAMENTO DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1)

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 1º A Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, tem por objetivo a obrigatoriedade, por parte dos hospitais que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, de contarem com brinquedotecas em suas dependências. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º Tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 2º)

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO II)

Art. 3º Entende-se por brinquedoteca o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo e afeto entre as crianças e seu meio social. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Entende-se por atendimento pediátrico, para efeitos da Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, a atenção dispensada à criança de 28 dias a 12 anos, em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 4º)

CAPÍTULO III
DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO III)

Art. 5º Para o cumprimento do disposto nos artigos anteriores, deverão ser observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - os estabelecimentos hospitalares pediátricos deverão disponibilizar brinquedos variados, bem como propiciar atividades com jogos, brinquedos, figuras, leitura e entretenimento nas unidades de internação e tratamento pediátrico como instrumentos de aprendizagem educacional e de estímulos positivos na recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - agregação de estímulos positivos ao processo de cura, proporcionando o brincar como forma de lazer, alívio de tensões e como instrumento privilegiado de crescimento e desenvolvimento infantil; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - ampliação do alcance do brincar para a família e os acompanhantes das crianças internadas, proporcionando momentos de diálogos entre os familiares, as crianças e a equipe, facilitando a integração entre os pacientes e o corpo funcional do hospital; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - a implementação da brinquedoteca deverá ser precedida de um trabalho de divulgação e sensibilização junto à equipe do Hospital e de Voluntários, que deverá estimular e facilitar o acesso das crianças aos brinquedos, do jogos e aos livros. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, V)

CAPÍTULO IV
DO DIMENSIONAMENTO DA BRINQUEDOTECA
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO IV)

Art. 6º O dimensionamento da brinquedoteca deve atender à RDC/ANVISA nº 50/2002, conforme descrito na Tabela Unidade Funcional: 3 - Internação: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º)

I - para os hospitais já em funcionamento e que não possuem condições de criar este ambiente específico é permitido compartilhamento com ambiente de refeitório desde que fiquem definidos os horários para o desenvolvimento de cada uma das atividades; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - deve ser prevista uma área para guarda e higienização dos brinquedos; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - a higienização dos brinquedos deve ser conforme o definido pela Comissão de Controle de Infecção do Hospital (CCIH); (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - os horários de funcionamento devem ser definidos pela direção do hospital, tendo a criança livre acesso; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - para as crianças impossibilitadas de andar ou sair do leito, os profissionais devem facilitar o acesso desses pacientes às atividades desenvolvidas pela brinquedoteca, dentro das enfermarias. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, V)

CAPÍTULO V
DOS PROFISSIONAIS
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO V)

Art. 7º A qualificação e o número de membros da equipe serão determinados pelas necessidades de cada instituição, podendo funcionar com equipes de profissionais especializados, equipes de voluntários ou equipes mistas. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 7º)

CAPÍTULO VI
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VI)

Art. 8º O financiamento para a criação das brinquedotecas contarão com subsídios do próprio estabelecimento hospitalar pediátrico ou com subsídios externos nacionais ou estrangeiros, recursos públicos ou privados. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 8º)

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VII)

Art. 9º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e as diretrizes para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da criança, cujas ações serão executadas pela Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 9º)

Art. 10. Para os fins previstos neste Regulamento, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os estados, os municípios e as entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde da criança, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 3º. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. Os casos omissos nesse Regulamento serão resolvidos com o apoio do Ministério da Saúde no que lhe couber. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 11)

ANEXO XI

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo 1 do Anexo XI . (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XI

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado

por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

1. FINALIDADE

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Considerando:

a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;

b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;

c) o conhecimento atual da Ciência;

d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;

e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;

f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e

g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;

b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;

c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e

d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

2. JUSTIFICATIVA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa et al., 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante conseqüência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.
Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional -. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

2.1. O Grande Desafio: o Envelhecimento Populacional em Condição de Desigualdade Social e de Gênero
Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al, 1999). Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento

idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinqüenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al, 2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).

Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (Camarano & Pasinato, 2004). No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório “V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil”. De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o País, o que representa 0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem maior levando-se em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Cumpre notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003). Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003).

2.2. Contextualização: Responder às Demandas das Pessoas Idosas mais Frágeis dentre a População em Maior Risco de Vulnerabilidade

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994), a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima-Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

3. DIRETRIZES

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (Plano de Madri, Artigo 6 º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de

trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;

b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;

c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;

f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e

i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). O Relatório Healthy People 2000 da OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde. Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal - cuidado consigo mesmo - ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (OMS, 2002).

Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

Aproveitar todas as oportunidades para:

a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;

b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;

c) valorizar e respeitar a velhice;

d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;

e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;

f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;

g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;

h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;

i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;

j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;

k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;

l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;

m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;

n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;

o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;

p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;

q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;

r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS;

s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;

t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e

u) articular as ações do SUS com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

3.2. Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.
Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

Incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa: reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no SUS.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de autoajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adscrita à equipe do Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da Estratégia Saúde da Família, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional - acamados -, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) - como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão - e qual a proporção de idosos independentes.

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos comporão a base da pirâmide.

Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) - preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução

coletiva -, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior freqüência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional - acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros -, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção - primária, secundária e terciária -, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

3.3. Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da Atenção

A prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.

3.4. Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação:

a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos;

b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS;

c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa;

d) produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

e) implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso; e

f) determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

3.5. Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências.

Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

3.6. Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS

As medidas a serem adotadas buscarão:

a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;

c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais eculturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;

d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;

e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; e

f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

3.7. Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas.
3.8. Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando:

a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações;

c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa;

f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; e

g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

4.1. Gestor Federal

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa;

d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional;

f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política.

4.2. Gestor Estadual

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;

e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;

f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e

j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.

4.3. Gestor Municipal:

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;

e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;

f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

5. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados.

5.1. Educação

a) inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;

b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; e
d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.2. Previdência Social

a) realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; e

b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.3. Sistema Único de Assistência Social:

a) reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde;

b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira;

c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob risco social;

d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;

e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;

f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;

g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;

h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de autoajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;

i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96;

j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considerem as pessoas, suas circunstâncias e o suporte social e que atuem como aliadas no processo de desenvolvimento humano e social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social especial;

k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, eqüidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo o acesso à informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária; e

l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.

5.4. Trabalho e Emprego:

a) elaboração, implantação e implementação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado;

b) implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades; e

c) levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho, identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações.

5.5. Desenvolvimento Urbano:

a) implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei nº 5296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa; e

b) promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos indivíduos idosos.

5.6. Transportes:

a) implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004.

5.7. Justiça e Direitos Humanos:

a) promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e seu regulamento (Decreto nº 1.948/96), bem como a Lei nº 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso.

5.8. Esporte e Lazer

a) estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas.

5.9.Ciência e Tecnologia:

Fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e demais órgãos de incentivo à pesquisa, contemplando estudos e pesquisas que estejam, prioritariamente, alinhados com as diretrizes propostas nesta Política.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito - e, consequentemente, o seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos -, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos.
É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do art. 7º da Lei nº 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa;

b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e

c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

ANEXO 2 DO ANEXO XI

Obrigatoriedade da viabilização de meios que permitam a presença de acompanhantes a pacientes idosos em hospitais públicos (Origem: PRT MS/GM 280/1999)

Art. 1º É obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º)

§ 1º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no art. 1º, as internações em Unidade de Tratamento Intensivo, ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contraindicada a presença de acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico assistente. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 2º)

ANEXO XII

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Origem: PRT MS/GM 1944/2009)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de que trata o art. 1º, será regida pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º)

I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, I)

II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, II)

III - corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, III)

IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, IV)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º)

I - integralidade, que abrange: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I)

a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, a)

b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, b)

II - organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, II)

III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, III)

IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, IV)

V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, V)

VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, VI)

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º)

I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, I)

II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, II)

III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, III)

IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IV)

V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, V)

VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VI)

VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VII)

VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VIII)

IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IX)

X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, X)

XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XI)

XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XII)

XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIII)

XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIV)

XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XV)

XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVI)

XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVII)

Art. 5º Compete à União: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º)

I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos estados e aos municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, II)

III - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, III)

IV - promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IV)

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, V)

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VI)

VII - estabelecer parceria com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais e as entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a fim de possibilitar a colaboração técnica, no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VII)

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os estados e os municípios; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VIII)

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IX)

X - estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, X)

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XI)

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XII)

XIII - elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XIII)

Art. 6º Compete aos estados: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º)

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos municípios visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, III)

IV - coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IV)

V - promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, V)

VI - elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os municípios na implementação desses protocolos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VI)

VII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VII)

VIII - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VIII)

IX - incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IX)

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, X)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete aos municípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º)

I - implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, I)

II - apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, II)

III - implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, III)

IV - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IV)

V - incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, V)

VI - implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VI)

VII - promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VII)

VIII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VIII)

IX - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IX)

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, X)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, XI)

Art. 8º O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º)

§ 1º A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, consequentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 3º)

ANEXO XIII

Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo 1 do Anexo XIII . (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. A aprovação de que trata este artigo tem como objetivo a reabilitação da pessoa com deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIII

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Anexo 1)

POLITICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas com deficiência nos mais diferentes campos e aspectos. A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis n.º 7.853/89 e n.º 8.080/90 - a chamada Lei Orgânica da Saúde -, bem como o Decreto n.º 3298/99.

Em seu art. 23, Capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências".

Já a Lei n.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas com deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2º, Inciso II).

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), constantes da Lei Orgânica da Saúde, destaca-se o relativo "à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral", bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7º, incisos I, II, III e IV).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto anteriormente mencionado que considera “pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano."

O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando, de uma forma ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência. O marco dessa evolução é a década de 60, em cujo período tem início o processo de formulação de um conceito de deficiência, no qual é refletida a “estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas portadoras de deficiência, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão" (Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde - do Ministério da Justiça, 1996, p.12). Tal concepção passou a ser adotada em todo mundo, a partir da divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela ONU, em 1982.

Um outro marco foi a declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) que fixou 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, colocando em evidência e em discussão, entre os países membros, a situação da população com deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação. A principal consequência daquele Ano Internacional foi a aprovação na assembleia geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, referido anteriormente (Resolução 37/52).

Esse documento ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social.

Nesse Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população com deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e execução de suas políticas, planos e programas voltados a estas pessoas.

No âmbito específico do setor, cabe registro a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1989, que definiu deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta - devida a uma deficiência - da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais).

A OMS, quase dez anos depois - em 1997 -, reapresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora denominada Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2), o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, ao invés da valorização das incapacidades e das limitações.

O CIDDM-2 concebe a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Já a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até as habilidades e condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, essa Classificação Internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental.

Essa nova abordagem representa um outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

Na raiz dessa nova abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida "como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos." (Sassaki,1997, p.3).

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social, e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender as necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas com deficiência significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade.

Em alguns países, como os Estados Unidos e o Canadá, são consideradas pessoas com incapacidades todas aquelas que têm alguma desvantagem e ou dificuldade de desempenho funcional, o que engloba a população de idosos e de pessoas com doenças crônicas potencialmente incapacitantes. No Brasil, a cultura vigente e a definição legal consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com deficiências mental, motor, sensorial e múltiplo.

Para fins de delimitação da problemática das deficiências no Brasil, são apresentados neste documento os tipos de deficiências mais abrangentes e frequentes, segundo a classificação adotada pela OMS, ou seja, as pessoas com deficiência mental, motora, auditiva, visual e múltipla.

O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, é muito difícil em razão da inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional, produzidos sistematicamente, que retratem de forma atualizada a realidade do País nesta área. A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz possui algum tipo de deficiência, das quais: 5% é pessoa com deficiência mental; 2% com deficiência física; 1,5% com deficiência auditiva; 0,5% com deficiência visual; e 1% com deficiência múltipla.

Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas com deficiência.

A Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (Pnad), realizada em 1981, incluiu questões relativas à deficiência: número e tipos de deficientes e assistência recebida. O resultado mostrou que 2% da população são de pessoas com deficiência, das quais quase a metade diz respeito à deficiência motora. Essa pesquisa aponta, da mesma forma que o Censo realizado em 1991, uma maior prevalência de incapacidades sensoriais e motoras na população acima de 50 anos de idade.

Os resultados do Censo de 1991, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam um percentual de 1,14% de pessoas com deficiência na população brasileira. Nesse Censo, foram considerados apenas os que responderam de forma positiva aos quesitos de maior grau de deficiência.

Apesar dessa limitação metodológica, o inquérito censitário traz alguns indicativos importantes. De acordo com dados desse Censo, em relação à deficiência mental há um significativo aumento a partir dos cinco anos de idade, mostrando não só o papel da escola na identificação da deficiência, mas apontando para a necessidade de um diagnóstico mais precoce, bem como para avaliações educacionais mais precisas, evitando-se correr o risco de enquadrar como pessoas com deficiência mental outras pessoas com problemas psicológicos, neurológicos ou mesmo socioeconômicos, que interferem no processo de aprendizagem.

Em relação a gênero, o Censo mostrou que 50,4% da população geral eram do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. Já a população de deficientes apresentou-se de forma inversa: 44,4% do sexo feminino e 55,65 do masculino. A diferença maior ocorre quanto à deficiência mental e, principalmente, a deficiência motora. A maior prevalência de deficiência motora na população masculina, predominante entre jovens e adultos, sugere decorrer sobretudo das causas externas, tais como os acidentes de trabalho, de trânsito etc. De outra parte, não se encontra justificativa para a incidência maior de deficiência mental no sexo masculino até a faixa etária de 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, a situação se inverte com predomínio de deficiência mental no sexo feminino. Vários fatores poderão estar relacionados, destacando-se, em especial, o aumento da vida média da população feminina.

Os resultados do Censo 91, por outro lado, não indicam diferença na prevalência de deficiências entre as populações urbanas e rurais; em relação à deficiência motora especificamente, há um relativo aumento na faixa de 20 anos ou mais de idade na população da região urbana, justificável pelos mesmos fatores citados anteriormente (violências e acidentes).

Tanto os resultados da Pnad/81 quanto os do Censo/91, ambos por amostragem e de abrangência nacional, apresentam percentuais inferiores aos estimados pela OMS. Essa diferença pode estar relacionada aos procedimentos metodológicos, como os critérios para definição da amostra ou, ainda, a dificuldades na coleta de dados e a própria conceituação de deficiência, seus tipos e graus, adotados por essas pesquisas.

A grande diferença entre os percentuais encontrados é uma demonstração de que não se dispõe de dados de abrangência nacional e representativos da magnitude do problema. Os números estimados pela OMS, assim como os do Censo e da Pnad, parecem não representar, na média, a realidade do País no que diz respeito à prevalência de deficiências, considerando as diversidades regionais e seus impactos nas condições de vida e saúde da população. As causas, assim como as consequências da deficiência, seja no nível individual do próprio deficiente, seja no nível de toda a sociedade, variam de país para país e resultam das circunstâncias socioeconômicas e das diferentes políticas que os estados adotam com vistas ao bem-estar dos seus cidadãos (Corde,1996).

As principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e de drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabetes, o infarto, os acidentes vásculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros. As doenças cerebrovasculares são a terceira causa de morte no Brasil, com prevalência de 5,8 casos por mil habitantes, acima de 25 anos de idade, significando algo em torno de 100 mil óbitos anuais (Datasus, 1997).

Essas doenças cerebrovasculares têm potencial altamente incapacitante. Estatísticas norte-americanas indicam que, para cada óbito em decorrência dessas doenças, pode haver mais de uma sobrevida.

Estima-se que, nos Estados Unidos, existam 612 hemiplégicos por 100 mil habitantes (Hamillar,1997).

Dados obtidos pelo Datasus demonstram que na cidade de São Paulo, no período 1997/98, a curva de crescimento da ocorrência por acidente vásculo-encefálico inicia-se na faixa etária dos 25 anos de idade, acentuando o seu crescimento a partir da faixa etária dos 65 anos ou mais de idade, atingindo cerca de 44% da população nesta faixa etária, com taxa de mortalidade em torno de 22,55%. Na população em geral, a taxa de mortalidade mantém-se em torno de 16%, elevando-se somente na faixa dos 65 anos ou mais de idade, como era de se esperar, devido ao envelhecimento.

Em sendo assim, os números sugerem que existe um grande contingente de indivíduos com hemiplegia e ou outras sequelas decorrentes de AVC. A faixa etária produtiva, como indicam os dados, também é atingida por acidente vascular encefálico, trazendo assim uma importante perda para o setor produtivo.

Estudo realizado em dezembro de 1998, pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em 800 pacientes matriculados, indica, entre as principais deficiências identificadas, a seguinte distribuição: hemiplegia, 18,12%; sequela de lesão medular, 17,8%; sequela de doenças osteoarticular e neuroevolutivas 14,7%; sequela de hemofilia, lesão por esforço repetitivo (LER), insuficiências vasculares periféricas pós-trauma e cardiopatias, 23,0%; e sequelas incapacitantes em idosos, 2,8%. O mesmo estudo aponta a paralisia cerebral como uma importante causa das deficiências em crianças avaliadas em 1998, atingindo a cerca de 16,4%.

A crescente urbanização e industrialização, sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente, gera o aumento de incapacidades. Há indícios de correlação entre o aumento de incapacidade e a incidência de neuroses, doenças psicossomáticas, alcoolismo, vício de drogas, acidentes de trânsito e violência urbana. Levantamento realizado nos hospitais ligados ao SUS mostrou que, em 1997, foram atendidos 6.388 pacientes com fratura da coluna vertebral, representando taxas de internação mais elevadas que nos anos anteriores. Mais de 50% desses casos correspondem a fraturas nos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da situação e a provável ocorrência de deficiências (Laurenti et all, 1998).

Quanto à lesão medular, estudo feito também na Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP, em 174 pacientes, apresenta a lesão traumática como a causa de 78% dos casos, assim distribuídos: ferimento por armas de fogo, 33%; acidente de trânsito, 19,5%; queda de altura, 19,5%; ferimento por arma branca, 2,4%; queda de objeto, 2,4%; acidente desportivo, 1,2% (Salimene, 1995). Nesse estudo, verificou-se que a faixa etária preponderantemente atingida era a de 18 a 35 anos de idade, com 53% dos indivíduos, sendo que 81,7% dos casos eram do sexo masculino.

Já o estudo procedido em pacientes atendidos na rede Sarah, em 1997, informa que do total de 293 pacientes com traumatismo da coluna vertebral, registrados naquele ano, 42% foram vítimas de acidentes de trânsito; 24% de disparo de armas de fogo; 12% de mergulhos em águas rasas; 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e violências. Clifton (1993), estudando a área de Houston - Gaves, no Texas, em 1981, encontrou 183 pacientes com lesão medular, dos quais 106 - 57,9% - eram paraplégicos. A faixa etária de maior incidência foi a de 15 a 24 anos de idade - 42,26% -, seguida daquela compreendida entre 25 a 34 anos de idade - 31,7% -, com predomínio do sexo masculino. A etiologia mais frequente foi acidente de automóveis - 41 casos -, seguido de perto por acidentes provocados por armas

de fogo (38 casos). Barros Filho (1990), realizando estudos clínicos em pacientes com traumatismo da coluna vertebral e déficit neurológico, internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital as Clínicas da USP, no período de 1982 a 1987, constatou que, dos 428 pacientes, 94,3% eram do sexo masculino e na faixa etária de 21 a 30 anos. A causa principal foi ferimento por armas de fogo (34,5%).

Ao se comparar os estudos de Clifton (1993) e de Barros Filho (1990), constata-se uma semelhança muito próxima entre os dados detectados em um grande centro urbano norte-americano e São Paulo, em termos da etiologia e das características da população mais vulnerável às lesões traumáticas. Aliados àqueles observados na Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas, anteriormente citados, os resultados confirmam a violência urbana, os acidentes de trânsito e os acidentes de trabalho como importantes agentes causadores de deficiências no Brasil, neste final de século, especialmente em centros urbanos de médio e grande portes.

Analisando o problema em relação às deficiências foco desta Política - motora, visual, auditiva, mental e múltipla -, cabe assinalar inicialmente que a deficiência motora assume maior relevo a partir dos 25 anos de idade, refletindo a importância dos acidentes, das violências e de certas doenças na gênese desta deficiência.

As pessoas com deficiência motora ressentem-se de uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida. Dependendo do caso, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, essas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes.

Já a deficiência visual compreende uma situação irreversível de diminuição da visão, mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. O deficiente visual total ou com baixa visão tem restringida a sua velocidade de trabalho, a orientação e a mobilidade, bem como a sua capacidade de realizar tarefas. Essa deficiência é classificada pela OMS em categorias que abrangem desde a perda visual leve até a ausência total de visão. A adoção dessa classificação é recomendada para que se possa ter uma maior uniformidade de dados estatísticos e estudos epidemiológicos comparativos entre os diferentes países. Entretanto, é apenas quantitativa, baseada em valores de acuidade visual (CID).

A OMS estima que existam 38 milhões de pessoas cegas no mundo, das quais 1,5 milhão são crianças menores de 16 anos de idade. Cerca de 110 milhões de pessoas possuem baixa visão, perfazendo, assim, um total de 148 milhões de pessoas com deficiência visual. Cabe assinalar que, dois terços ou mais da cegueira total existente são evitáveis, ou seja, pode ser tanto prevenida, quanto tratada. A prevalência da cegueira varia nas diferentes partes do mundo. O Brasil e a América Latina estão, de modo geral, incluídos entre as regiões de economia e serviços de saúde razoáveis, onde calcula-se que existam de 0,6 a 0,9 pessoas cegas para cada mil habitantes, sendo que o número daquelas com baixa visão é três vezes maior.

Em crianças, as causas oculares de perda visual mais comuns são as de origem infecciosa, como a rubéola e a toxoplasmose congênita ou adquirida durante os primeiros meses de vida e as de causa hereditária (Barbieri, 1984; Waisberg, 1984; Sato e cols., 1987; Kara José e cols., 1995; Reis e cols., 1998). As de origem cerebral estão associadas a sequelas neurológicas causadas principalmente pela prematuridade, síndromes e más-formações congênitas associadas a múltiplas deficiências que, muitas vezes, sobrepujam a importância da deficiência visual (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

No adulto, com o aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônico-degenerativas - as quais aumentam com a idade -, as principais causas de perda visual são a retinopatia diabética, o glaucoma e a degeneração muscular senil. A catarata, embora seja uma das principais causas de cegueira no Brasil - mais de 70% dos casos -, não é incluída nas estatísticas de baixa visão por ser tratável e sua perda visual ser reversível após cirurgia e correção óptica convencional, como por exemplo o uso de óculos (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

Já a deficiência auditiva, caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. Assim como na visual, as pessoas com deficiência auditiva podem ter afetadas a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento integral. A estimativa da OMS, em 1993, é de que 1,5% da população brasileira - cerca de 2.250.000 habitantes - seria de pessoas com essa deficiência. As causas de deficiência auditiva de moderada a profunda, mais frequentes em crianças, são a rubéola gestacional e outras infecções pré-natais. Contudo, em cerca de 33% dos casos não se consegue estabelecer uma etiologia para essa afecção. Nos casos de deficiência auditiva de leve a moderada, a otite média é a causa mais frequente na infância, com uma incidência ao redor de 33%.

Em 1989, 90% de crianças e adolescentes até 16 anos de idade que procuraram o departamento de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com suspeita de deficiência auditiva, tiveram esta deficiência confirmada após terem sido avaliados clinicamente e submetidos a exames especializados. Desses, 90% apresentaram deficiência auditiva severa ou profunda, dos quais 95% bilaterais. Quanto à causa, concluiu-se que 45% dos casos eram de deficiência auditiva congênita; 22%, néo-natais; e 32,5%, de origem desconhecida. Nas deficiências auditivas congênitas, 16% tiveram como causa a rubéola materno-fetal; 10% associadas à prematuridade (baixo peso e hipoxemia); 9% hereditária; 1% em decorrência de casamento consangüíneo; e 11% de outras causas (Castro, 1991).

Na literatura internacional, a presbiacusia - perda auditiva devido à idade - é apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com uma incidência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos de idade. O ruído, principalmente no ambiente de trabalho, é apontado como a segunda principal causa de perda auditiva neurossensorial entre os adultos. Dados semelhantes foram reportados por Silveira em 1992.

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD), na deficiência mental observa-se uma substancial limitação da capacidade de aprendizagem do indivíduo e de suas habilidades para a vida diária. A pessoa com essa deficiência, assim, caracteriza-se por apresentar um déficit na inteligência conceitual, prática e social. Já a deficiência múltipla é a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias - mental, visual, auditiva e motora -, com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.

Em relação a essas deficiências, existem poucos estudos no Brasil que apresentam um perfil mais abrangente dos agentes etiológicos envolvidos na sua determinação. A pesquisa realizada na Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de um estudo retrospectivo de 850 casos de pessoas com deficiência, num período de 10 anos (1981-1990), detectou que 654 casos (76,94%) eram de pessoas com deficiência mental, 106 casos (12,47%) de

pessoas com deficiência motora (paralisia cerebral) e 90 casos (10,58%) de pessoas com deficiência múltipla (mental e motora).

Nesse estudo, a análise da parcela de pessoas com deficiência motora e deficiência múltipla - 196 casos no total - levou a concluir que múltiplos fatores foram os agentes etiológicos mais frequentemente envolvidos, correspondendo a 32 casos ou 16,3% da amostra. Esses resultados apontam para um somatório de agressões envolvendo o sistema nervoso nos períodos pré e perinatais e ou nos primeiros dias de vida. Os "fatores ignorados" - 31 casos ou 15,8% - aparecem em segundo lugar, o que pode estar refletindo o pouco acesso da população aos meios diagnósticos.

A anóxia perinatal figura como a terceira causa de deficiências nesse grupo estudado, com 29 casos ou 14,7%, destacando-se como o agente isolado mais frequente. Isso demonstra a importância de medidas preventivas eficientes para evitar ou amenizar as lesões neurológicas ou físicas que podem ser evitadas, sobretudo durante os períodos pré e perinatal. Vale ressaltar, no entanto, que vários autores questionam a anóxia isolada como causadora de paralisia cerebral e que um índice de Apgar baixo necessariamente não determina quadros de paralisia cerebral.

Esses três agentes - múltiplos fatores, agentes ignorados e anóxia perinatal - atuam de vários modos e intensidade e os seus mecanismos de ação podem determinar desde agressões leves até graves. Como agentes infecciosos pré-natais estão a rubéola e a toxoplasmose, com 10 casos - 5,10% - em 196. De qualquer forma, há que se considerar a precariedade do atendimento pré-natal em algumas regiões, o que impossibilita o diagnóstico de muitos casos de doenças infecciosas. No conjunto dos fatores pós-natais, as infecções - meningite e meningoencefalites - têm nítido predomínio como fator isolado entre os demais: com 14 casos, corresponde a 7,14% do total de 196 analisados, sendo que, das causas pós-natais - 25 casos - , respondem por 56% dos casos.

Por não ser patologia de notificação compulsória, a paralisia cerebral apresenta-se como sendo de difícil avaliação em termos de incidência, até mesmo nos países do primeiro mundo, como na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde a incidência, na década de 50, apontava para 1,5 casos por 1.000 nascidos vivos e entre 1,5 e 5,9, respectivamente.

A morbidade aumentou nos países industrializados em função da redução da mortalidade perinatal, decorrente do aumento do índice de sobreviventes prematuros e com baixo peso. Pesquisas realizadas na Califórnia - EUA -, no período de 1983 a 1985, também apontam o baixo peso como fator associado à paralisia cerebral: de 192 casos, 47,4% eram de crianças com menos de 2.500g ao nascer.

Vale mencionar ainda a existência de doenças que, embora não estejam enquadradas como deficiência na classificação da OMS, produzem, direta ou indiretamente, graus de limitação variados e que são as condutas típicas, os distúrbios comportamentais, os distúrbios da fala e da linguagem e os transtornos orgânicos.

A despeito de as doenças crônicas apresentarem uma alta probabilidade de gerarem incapacidades, não configuram objeto desta Política na sua prevenção primária, considerando que estão sendo contempladas em políticas específicas. No entanto, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a insuficiência coronária, as doenças do aparelho respiratório (como a enfisema), as doenças metabólicas (com as diabetes mellitus e as nefropatias), as doenças hematológicas (a anemia falciforme, as hemoglobinopatias e as hemofilias), bem como o reumatismo e a hanseníase constituem campo de intervenção desta Política a partir de desvantagens e incapacidades delas decorrentes.

As pessoas com ostomias representam um segmento que pode ser classificado com deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência do sistema excretor, que produz limitações em várias esferas da vida, tanto social, quanto pessoal. Essas pessoas estão cadastradas pelo SUS e formam uma população de sete mil pessoas. As deficiências sensoriais e as múltiplas, excluída a paralisia cerebral, predominam após os 50 anos de idade, como consequência do processo de envelhecimento e do próprio aumento da vida média da população, refletindo o perfil de transição demográfica no País.

O Ministério da Saúde e a OMS apoiaram a realização de Estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem, realizados em 11 cidades de diferentes regiões do País, entre os anos de 1992 e 1999. Utilizando a metodologia de entrevistas domiciliares proposta pela Opas/OMS, esses estudos indicaram percentuais de pessoas com deficiência que variam de 2,81%, em Brasília; a 4,00%, em Taguatinga/DF; 4,30%, em Canoas/RS; 4,80, em Campo Grande/MS; 6,11%, em Santos/SP; 6,18%, em Silva Jardim/RJ; 6,97%, em Maceió/AL; 5,05%, em Santo André/SP; 7,50%, em Niterói/RJ; 9,60%, em Feira de Santana/BA; e 5,9%, em São José dos Campos/SP.

É importante ressaltar que, por se tratar de cidades com perfis populacionais distintos, com localização espacial e regional variadas e com características diferentes em termos socioeconômicos, as generalizações dos resultados para o Brasil, como um todo são desaconselháveis, o que não invalida a credibilidade dos resultados.

Esses percentuais retratam a realidade local, sendo úteis para a composição de um quadro parcial da situação da deficiência nas regiões estudadas, que podem ajudar na compreensão do problema em localidades de perfis semelhantes.

Os resultados dos estudos de prevalência permitem afirmar que as incapacidades motoras são a maioria dos casos de deficiências encontrados nas localidades estudadas, seguidas pelas deficiências mentais. Quanto maior o número de idosos na amostra da pesquisa, maior é a prevalência de incapacidades da visão e da audição. Por outro lado, é elevado o número de casos de deficiência múltipla nos municípios de menor renda per capita, entre os estudados.

A análise da situação das pessoas com deficiência deve ser realizada no contexto de diversos níveis de desenvolvimento econômico e social e de diferentes culturas. Todavia, a responsabilidade fundamental de prevenir as condições que conduzem ao aparecimento de incapacidades e de fazer frente às suas consequências recai, em toda parte, sobre os governos. Isso não diminui a responsabilidade da sociedade em geral, nem dos indivíduos e nem das organizações em particular.

No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvido em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista. Segundo Maior - 1995 -, originalmente, a reabilitação no Brasil surge em "instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, sem ouvir os próprios reabilitandos e conduzidas à margem do Estado" (p. 16).

Por outro lado, considerando que o atendimento integral à pessoa com deficiência, por parte do poder público estatal, ainda é precário, as críticas que possam ser feitas ao papel de entidades devem ser relativizadas. Além disso, devem estar sempre acompanhadas da ressalva de serem pioneiras e majoritárias na área da assistência social, educação e atenção médica a parcelas deste segmento populacional.

A situação da assistência à pessoa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas é bastante centralizada e atende a um reduzido número de pessoas com deficiência, além de não contemplar experiências comunitárias, e de seus resultados raramente ser avaliados (Corde, 1995). Todos os leitos de reabilitação, segundo código da tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), estão concentrados nas regiões Centro-Oeste e Sudeste - os Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro detêm 80% do total -, e pertencem quase que exclusivamente ao setor privado, conveniado e contratado.

Tomando por base os valores financeiros de dezembro de 1998, o gasto com internação de reabilitação alcançou o total de R$399.517,96. Em contrapartida, e a título de comparação, cabe registrar o montante despendido com internação de doentes crônicos e fora de possibilidade terapêutica, que foi de R$7.977.924,99, bem como o total de recursos com internação, nesse mesmo mês (R$340.247.853,63). A internação de doentes crônicos sem possibilidade terapêutica atende uma grande parcela de pessoas com deficiência sem, no entanto, obedecer às normas das portarias da então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), as quais regulamentam o atendimento hospitalar em reabilitação. Esses dados evidenciam um sub-registro de internação de pessoas com deficiência nos hospitais gerais e a não estruturação dos serviços de reabilitação em nível hospitalar.

Uma análise preliminar permite concluir que a estratégia usada ainda não foi suficiente para aumentar a cobertura, descentralizar o atendimento e incrementar a qualidade da reabilitação em regime de internação. Podem ser destacados como os mais prováveis fatores causais dessa situação: a falta de investimento na criação dos leitos e centros hospitalares; a pouca sensibilização de dirigentes em relação ao problema; e a remuneração insuficiente do leito de reabilitação. Acresce-se, ainda, o insuficiente engajamento dos hospitais universitários com esse tipo de internação especializada.

Na tabela SIA/SUS, os procedimentos de fisioterapia dominam os gastos, o que corrobora para a perpetuação do atendimento fragmentado e pouco compatível com a proposta de reabilitação integral. Em dezembro de 1998, as despesas com fisioterapia alcançaram um total de R$5.594.469,30, assim distribuídos: fisioterapia traumato-ortopédica, R$ 2.801.230,32; fisioterapia reumatológica, R$ 1.400.820,48; fisioterapia neurológica, R$ 1.166.205,80; fisioterapia respiratória, R$ 150.860,80; fisioterapia vascular periférica, R$ 53.993,60; e fisioterapia cardíaca, R$ 21.358,40. O montante de recursos é relativamente elevado e a aplicação concentra-se no setor privado e nas regiões Sudeste e Nordeste. Não há nenhum indicador de resultado ou de impacto dos atendimentos.

Tomando-se como exemplo o código de fisioterapia neurológica, em que foram executados 494.155 procedimentos, é possível inferir que parcela significativa dos pacientes atendidos poderia ser melhor enquadrada e assistida valendo-se do enfoque núcleo ou centro de reabilitação, com a abordagem multiprofissional. Todavia, desde a criação desse código, o valor unitário vem sofrendo corrosão e a falta de atrativo financeiro, aliada à ausência de normas de atendimentos de fisioterapia, impede a implantação e a qualidade inicialmente pretendida.

Por outro lado, um aspecto a ser considerado na assistência é a concessão e treinamento de equipamentos individuais - órteses e próteses -, ajuda técnica e bolsas coletoras. Trata-se de uma conquista importante da pessoa com deficiência, resultante das Portarias n.ºs 116/1993 e 146/1993, por intermédio do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde, que teve, inicialmente, seus recursos fixados no valor de 2,5% da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Embora o incremento tenha sido incorporado ao teto de custeio ambulatorial dos estados, a concessão de equipamento reduziu-se ou foi interrompida em muitas unidades federadas, permanecendo apenas naquelas que já tinham compromisso institucional e com maior poder de pressão de profissionais e usuários.

O referido Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS. Em decorrência desse Programa, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no Sistema, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses.

Nesse conjunto, estão: a Portaria n.º 204/91 que insere no SIH/SUS o tratamento em reabilitação e seus procedimentos; a Portaria n.º 303/92 que inclui no SIA/SUS procedimentos de reabilitação; a n.º Portaria 304/92, que fixa normas de procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 305/92, que inclui internação em reabilitação no SIH/ SUS; a Portaria n.º 306/92, que apresenta normas dos procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 225/92, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de saúde para o deficiente no SUS; a Portaria n.º 116/93, que inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS; e a Portaria n.º 146/93, que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando a reabilitação e a inserção social.

Apesar de todas as medidas até então levadas a efeito, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa com deficiência e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos, entre os quais destacam-se: a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros, a visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida destas pessoas.

Soma-se a isso o desafio de despertar a consciência da população em relação aos benefícios resultantes para os indivíduos e a sociedade da inclusão das pessoas com deficiência em todas as esferas da vida social, econômica e política. As organizações não-governamentais podem, de diversas maneiras, apoiar as ações governamentais voltadas a esse segmento populacional, sobretudo apontando necessidades, sugerindo soluções ou oferecendo serviços complementares às pessoas com deficiência.

Nesse sentido, a presente Política Nacional, para o alcance do seu propósito, apresentado a seguir, confere prioridade à mobilização da população para com a saúde das pessoas com deficiência, a partir do que viabilizará a tomada das medidas necessárias ao enfrentamento dos problemas anteriormente abordados e no provimento da atenção adequada a este segmento populacional.

2. PROPÓSITO

A presente Política Nacional do setor saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A consecução desse propósito será pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja para a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas com deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo.

3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito explicitado no capítulo precedente, são estabelecidas as seguintes diretrizes, as quais orientarão a definição ou a readequação dos planos, programas, projetos e atividades voltados à operacionalização da presente Política Nacional:

promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;

assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;

prevenção de deficiências;

ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;

organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência; e

capacitação de recursos humanos.

3.1. Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência

A implementação dessa diretriz compreenderá a mobilização da sociedade, nesta incluídos setores do governo, organismos representativos de diferentes segmentos sociais e organizações não-governamentais - entre as quais as instituições que atuam na promoção da vida independente -, visando assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência.

Essa garantia deverá resultar no provimento de condições e situações capazes de conferir qualidade de vida a esse segmento populacional. Para tanto, além da prevenção de riscos geradores de doenças e morte, constituirá foco dessa diretriz a implementação de ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida, com qualidade, das pessoas com deficiência. Entre os elementos essenciais nesse sentido estão a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades destas pessoas.

No tocante a ambientes favoráveis à saúde desse segmento, especial atenção será concedida às facilidades para a locomoção e adaptação dos diferentes espaços, tanto os públicos - como vias e edifícios -, quanto os domiciliares, eliminando-se, assim, barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultam a efetiva integração e inclusão. No conjunto dessas facilidades, está a construção de rampas e de corrimãos, bem como a adoção de múltiplas formas de comunicação. De outra parte, deverá ser promovido o amplo acesso das pessoas com deficiência às informações acerca dos seus direitos e das possibilidades para o desenvolvimento de suas potencialidades, seja na vida cotidiana e social, seja no trabalho, no esporte e no lazer. Ao lado disso, deverão ser desenvolvidas campanhas de comunicação social e processos educativos continuados dirigidos a segmentos específicos e à população em geral visando a superação de preconceitos e posturas que impedem ou constituam obstáculos à inclusão social das pessoas com deficiência.

Além de normas específicas de saúde que viabilizem o acesso e a qualidade das ações e serviços, o setor promoverá o estabelecimento ou o cumprimento daquelas afetas a outros setores voltadas à qualidade de vida desse segmento, bem como a plena observância do arcabouço legal específico, como é o caso do Decreto n.º 3298/99.

No âmbito do SUS em particular, buscar-se-á assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do Sistema, objetivando, em especial, a sua participação ativa na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito.

Paralelamente, o setor saúde adotará medidas destinadas a garantir a qualidade e o suprimento de ajudas técnicas compreendidas na tecnologia assistiva, de modo a estimular a independência e a dignidade na inclusão social desse segmento.

3.2. Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência

A assistência a esse segmento pautar-se-á no pressuposto de que a pessoa com deficiência, além das necessidades de atenção à saúde específicas da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência.

Nesse sentido, a assistência à saúde do pessoa com deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas.

Por outro lado, promover-se-á a ampliação da cobertura assistencial em reabilitação, de modo que o acesso seja propiciado a toda a população com deficiência o qual, atualmente, estima-se alcance cerca de 2% deste segmento. Um das estratégias para tanto será a inclusão da assistência em reabilitação em unidades cujas ações são de diferentes níveis de complexidade.

Assim, a assistência à saúde da pessoa com deficiência, incluindo-se a assistência em reabilitação, deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação - públicos ou privados

- e organizações não-governamentais, até os Centros de Referência em Reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade. Além disso, essa assistência envolverá a geração de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação em nível de pós-graduação estrito e lato senso. Para o atendimento desses requisitos, os Centros de Referência em Reabilitação deverão estar prioritariamente vinculados, direta ou indiretamente, a hospitais universitários.

As ações de assistência à saúde destinadas a esse segmento estarão dessa forma inseridas em um sistema amplo que abrangerá a implementação de programas de reabilitação envolvendo a família e a comunidade, bem como a modernização de centros de referência com atendimento e procedimentos de alta complexidade, em caráter ambulatorial.

Dessa forma, buscar-se-á continuamente aumentar a capacidade resolutiva dos serviços prestados, valendo-se, para tanto, de medidas sistemáticas dirigidas ao aprimoramento da assistência e de permanente avaliação. Nesse sentido, adotar-se-á a premissa de que a reabilitação constitui um processo de mão dupla, em que o indivíduo com deficiência, sua família e a comunidade deverão ser trabalhados simultaneamente. Assim, a programação do tratamento de reabilitação considerará o indivíduo e a sua família como centro e agentes prioritários do processo.

As ações de saúde para a pessoa com deficiência, assim, terão como eixos fundamentais o diagnóstico e o encaminhamento corretos dos procedimentos referentes às deficiências, imprescindíveis para prevenir e mesmo inibir ou minimizar as limitações e desvantagens delas decorrentes.

O diagnóstico da deficiência incluirá a doença e suas causas, bem como o grau de extensão da lesão. A mensuração da incapacidade e do comprometimento físico-funcional, real ou potencial, também deverão ser diagnosticados com precisão. A avaliação da situação e dinâmica familiar envolverá também as condições emocionais e a situação socioeconômica, cultural e educacional do indivíduo, bem como as suas expectativas frente ao processo de reabilitação, educação e profissionalização. Esse diagnóstico global deverá ser realizado em conjunto com a pessoa com deficiência e servirá de base para a definição de seu programa de reabilitação.

O diagnóstico presuntivo da deficiência precocemente formulado por profissionais que atuam principalmente nos serviços de saúde de menor complexidade, será fundamental na orientação da família para a busca de atenção necessária, no local adequado.

Todas as medidas assistenciais voltadas à saúde da pessoa com deficiência, incluindo a reabilitação, deverão levar em conta, sobretudo, as necessidades, potencialidades e recursos da comunidade, de modo a assegurar-se a continuidade e as possibilidades de autossustentação, visando, em especial, a manutenção da qualidade de vida deste segmento populacional e a sua inclusão ativa na comunidade. Tal objetivo, no âmbito do setor saúde, será alcançado mediante, sobretudo, a reabilitação da capacidade funcional e do desempenho humano da pessoa com deficiência.

A atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família terá um papel fundamental na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade. Nesse particular, ressalte-se que a inserção da assistência à saúde da pessoa com deficiência nas ações das equipes de saúde e dos agentes comunitários constituirá estratégia fundamental para implementação dos procedimentos de prevenção e reabilitação nos diferentes níveis de atendimento.

No processo de reabilitação, a busca da eficiência será uma preocupação permanente, desde a adoção de estratégias e ações que utilizem recursos da própria comunidade, até a intermediação de centros de excelência para procedimentos de alta complexidade. As ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade, quanto o princípio da integralidade.

Essas ações terão, assim, um enfoque funcional e integral, o que significa respeitar as especificidades de cada caso e as áreas das deficiências. Nesse sentido, além de contar com equipe multiprofissional e interdisciplinar, as instituições de reabilitação deverão dispor de implementos tecnológicos para avaliação, diagnóstico e tratamento em reabilitação, adequados ao nível de complexidade a que se destinam.

Serão considerados parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, os métodos e as técnicas específicas para garantir ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

A atenção integral à saúde das pessoas com deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhadas de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos. Este atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da sequela assim o exigir.

Serão consideradas parte integrante do processo de reabilitação as concessões de órtese e prótese, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência. A concessão desses equipamentos estará estreitamente vinculada ao atendimento de reabilitação, devendo a prescrição obedecer a criteriosa avaliação funcional, constituindo-se, dessa forma, um ato médico. Além disso, buscar-se-á prover o acesso dessas pessoas aos medicamentos que auxiliam na limitação da incapacidade, na reeducação funcional, no controle das lesões que geram incapacidades e que favorecem a estabilidade das condições clínicas e funcionais.

A assistência domiciliar em reabilitação configurará medida essencial no atendimento desse segmento populacional, compreendendo desde os serviços de apoio à vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internamento no domicílio. Nessa assistência deverão ser previstos os recursos necessários à complementação diagnóstica e as intervenções de caráter preventivo como, por exemplo, fornecimento de oxigênio.

3.3. Prevenção de deficiências

A implementação de estratégias de prevenção será fundamental para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes, tendo em vista que cerca de 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas apropriadas e oportunas (Corde, 1992). O conhecimento da prevalência de doenças e de deficiências potencialmente incapacitantes configurará subsídio essencial para o desenvolvimento das ações de prevenção e a adoção de medidas destinadas a reduzir ou eliminar as causas de deficiências.

As diferentes realidades regionais brasileiras, que compreendem, entre outros, aspectos específicos de ambientes e processos de produção, de emprego e de renda, além de questões culturais que determinam a prevalência de doenças potencialmente incapacitantes deverão ser reconhecidas e consideradas nas estratégias de prevenção.

As medidas preventivas envolverão ações de natureza informativa e educativa dirigidas à população, relacionadas ao atendimento pré-natal adequado e à detecção precoce de deficiências, bem como de conscientização e formação de recursos humanos qualificados para a prestação de uma atenção eficiente neste contexto.

Nesse sentido, deverão ser promovidos processos educativos e campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a população em geral e os segmentos de risco a adotarem estilos de vida saudáveis e, consequentemente, a abandonar hábitos nocivos, como o sedentarismo, o tabagismo e o uso de drogas.

Os programas de vacinação que, sabidamente, contribuem para a prevenção de deficiências, deverão incluir ações informativas à população em geral enfocando a inter-relação da imunização e a prevenção de deficiências, utilizando-se de linguagem acessível e de recursos variados e abrangentes. Nesse particular, ênfase especial será dada às atividades de vacinação contra poliomielite, o sarampo e a rubéola. A investigação da citomegalovirose deverá também ser incentivada e possibilitada nos serviços de acompanhamento de gestante. Ao lado disso, serão implementadas medidas que contemplem a segurança e a saúde nos ambientes de trabalho, destinadas a prevenir os acidentes e as doenças profissionais, tanto no setor urbano quanto no rural.

Promover-se-á, por outro lado, o acesso da população aos exames mais específicos para detecção de doenças genéticas que determinam deficiência, com destaque para o exame de cariótipo e pesquisa para outros erros inatos do metabolismo em geral, tais como: fenilcetonúria, hemoglobinopatias, hipertiroidismo congênito, entre outras.

Deverão ser também promovidos serviços de genética clinica para que se proceda a um adequado aconselhamento genético às famílias. Procedimentos de acompanhamento do desenvolvimento infantil nos seus aspectos motor, cognitivo e emocional deverão ser valorizados nos programas de saúde da criança como uma importante estratégia de prevenção de deficiências nesta população.

A articulação e a integração na implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências serão, igualmente, iniciativas essenciais, principalmente mediante o estabelecimento de parcerias entre os vários setores e órgãos envolvidos, em todos os níveis de governo, com o objetivo de diminuir ao máximo o número de vítimas e, consequentemente, de sequelas que determinam algum tipo de deficiência.

3.4. Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação

Adequando-se às normas que disciplinam a criação de fontes de dados e ajustando-se às condições propostas nos fundamentos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), deverão ser criados mecanismos específicos para produção de informação a respeito de deficiências e incapacidades no âmbito do SUS.

O monitoramento permanente da ocorrência de deficiências e incapacidades, assim como as análises de prevalência e tendências, constituirá prioridade do SUS nas três esferas de governo. Tais iniciativas visarão o provimento oportuno de informações para a tomada de decisões quanto à adoção das medidas preventivas e à organização dos serviços especializados de assistência reabilitadora, além de subsídios para a identificação de linhas de pesquisa e a organização de programas de capacitação de recursos humanos.

Buscar-se-á, por iniciativa dos gestores do SUS, fomentar a realização de estudos epidemiológicos e clínicos, com periodicidade e abrangência adequadas, de modo a produzir informações sobre a ocorrência de deficiências e incapacidades. Para a efetivação desses estudos, será recomendável o uso da metodologia de inquérito domiciliar da Opas, com a devida adaptação à realidade brasileira, tanto nos aspectos relativos a sua aplicação, quanto nos relacionados à interpretação de seus resultados.

No que se refere aos censos demográficos, deverá ser buscado, por intermédio dos órgãos competentes, o estabelecimento de articulação com o IBGE, visando o ajuste dos quesitos específicos das planilhas censitárias, favorecendo, assim, a adequada e real apuração dos casos de deficiências e incapacidades existentes na população, bem como o detalhamento necessário à tomada de decisões dos gestores do SUS. Da mesma forma, promover-se-á a compatibilização de quesitos que permitam a extração de dados e informações específicos das Pesquisas Nacionais por Amostragem Domiciliar.

Na busca de informações de interesse gerencial, ênfase será dada à análise de dados dos sistemas de informação da produção e pagamento de serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico complementar, bem como o fornecimento de órteses e próteses no âmbito do SUS, de que são o exemplo o SIA/SUS e o SIH/SUS. Desses sistemas serão extraídos dados que permitam análises qualitativas e quantitativas a respeito do diagnóstico da deficiência e do tratamento oferecido, facilitando a identificação, a localização das pessoas com deficiência, caracterizando o perfil dessa clientela, a sua distribuição, bem como o impacto dos custos, no âmbito dos recursos públicos, da atenção prestada a essa população, observando, também, a conjuntura e as diversidades regionais.

No tocante à infraestrutura dos serviços e aos profissionais de saúde, serão promovidos, anualmente, levantamentos e cadastramentos de unidades e especialistas envolvidos na assistência às pessoas com deficiência. Tais informações serão utilizadas para a análise da oferta de leitos, dos serviços ambulatoriais e de diagnóstico complementar, de modo a identificar lacunas e superposições que estejam dificultando o acesso universal e a oferta integral preconizados para o SUS. Esses levantamentos propiciarão a realização de análises sob os mais variados prismas da questão como, por exemplo, o conhecimento da distribuição geográfica dos serviços especializados, a cobertura viabilizada por estes serviços, a quantificação e a qualificação dos profissionais de saúde atuantes na área das deficiências nos serviços em âmbito federal, estadual e municipal.

O cruzamento das informações tornadas disponíveis pelas diversas fontes de dados será essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa com deficiência. Continuamente, estudos analíticos serão promovidos mediante a superposição crítica dos resultados dos censos periódicos, das pesquisas censitárias domiciliares anuais, dos estudos epidemiológicos e clínicos, dos cadastramentos e dos levantamentos de infraestrutura.

3.5. Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência

A atenção à saúde das pessoas com deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações de forma descentralizada e participativa, conduzido, em especial, segundo a diretriz do SUS, relativas ao comando único em cada esfera de governo. Além disso, levará em conta que a rede de serviços de atenção à saúde desse segmento terá sempre interfaces com outras políticas públicas.

Nesse sentido, a atenção à saúde das pessoas com deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializadas.

No nível de atenção básica, os serviços deverão estar qualificados a desenvolver:

ações de prevenção primária e secundária - como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição -, detecção precoce de fatores de riscos - como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo -, bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população com deficiência;

ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade da pessoa com deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para as pessoas com distúrbios de comunicação.

Nesse nível, a intervenção de caráter individual, familiar, grupal e comunitária deverá organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado. Serão continuamente fomentados programas de reabilitação em parceria com a comunidade, nos quais os serviços respectivos e as lideranças comunitárias trabalham juntos com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão social das pessoas com deficiência. Tais medidas, definidas a partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersetorial e descentralizada. As ações, por sua vez, serão desenvolvidas por familiares ou agente comunitário capacitado e supervisionado, com avaliação constante e sistematizada.

Já no nível de atenção secundária, os serviços deverão estar qualificados para atender as necessidades específicas das pessoas com deficiência advindas da incapacidade propriamente dita. Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros).

Nesse nível, a organização das ações comporá um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas, e terá caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contrarreferência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados. As ações de nível secundário deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos especializados. Será fundamental, nesse nível, o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia assistiva necessária.

O nível terciário - ambulatorial e hospitalar - deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Será importante que os serviços nesse nível tenham caráter docente e assistencial, vinculado aos centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nesse nível, ainda, promover-se-á a formulação, em conjunto com os demais níveis, de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo reabilitativo, bem como dos de resultados e de impactos alcançados na região.

Esses serviços estarão estruturados por especificidade da deficiência e contarão igualmente com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que considere a globalidade das necessidades dos usuários. Assim, deverão além de fornecer o conjunto das ajudas técnicas - tecnologia assistiva - característico do nível secundário, desenvolver atividades nos campos da pesquisa e da capacitação de recursos humanos, bem como dispor na sua estrutura de serviços de apoio, como aqueles inerentes, por exemplo, às áreas de neurologia, foniatria, ortopedia e traumatologia.

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa deficiente deverá, necessariamente, prover os serviços necessários de forma a mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico quanto social e cultural da comunidade, integrando-se efetivamente no contexto da municipalização da saúde. Na ausência de condições para tal, deverão ser feitos os encaminhamentos necessários, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados.

Promover-se-á a disponibilidade de serviços de média complexidade, no nível regional, os quais poderão ser implantados por municípios de maior porte, por meio de consórcios intermunicipais ou, onde não for possível, por intermédio do Estado. A rede de serviços deverá garantir a detecção de todos os tipos e graus de deficiência, incluindo a atenção a pacientes com severo nível de dependência, bem como o conjunto de suas necessidades no âmbito da saúde. Unidades assistenciais filantrópicas poderão integrar, de forma complementar, a rede de serviços.

A porta de entrada do usuário deverá ser a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. Essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços. O fato de ser assistido por um serviço de menor complexidade não implicará o não atendimento nos demais integrantes dos outros níveis.

A unidade básica constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa com deficiência, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

Será fundamental a articulação entre os gestores municipais visando garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às pessoas com deficiência. Nesse sentido, será igualmente estratégica a instalação de rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de serviços de reabilitação, que contemple ações de prevenção secundária, diagnóstico etiológico, sindrômico e funcional; orientação prognóstica; ações básicas e complexas de reabilitação, além daquelas voltadas à inclusão social; e promova a inter-relação dos serviços existentes. As unidades de reabilitação funcionarão na conformidade das orientações estabelecidas nas Portarias SNAS n.ºs 303, 304, 305 e 306, editadas em 1993.

Os estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando a garantia da qualidade do atendimento e uma reabilitação integradora e global da pessoa com deficiência. Um aspecto essencial na organização e funcionamento dos serviços será o estabelecimento de parcerias com os diversos níveis de governo, bem assim com organizações não-governamentais que têm larga experiência no atendimento a esse segmento populacional.

O serviço de saúde local deverá atuar de forma articulada com a área de assistência social visando, em especial, facilitar o acesso ao tratamento da pessoa com deficiência.

3.6 Capacitação de recursos humanos

A disponibilidade de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política será enfocada como prioritária. Nesse sentido, a formação de recursos humanos em reabilitação deverá superar a escassez de profissionais com domínio do processo reabilitador e que atuem segundo a interdisciplinaridade aqui proposta.

Visando garantir o direito ao atendimento de saúde estabelecido nesta Política e o acesso à reabilitação a quem dela necessitar, buscar-se-á formar equipes interdisciplinares, compostas por profissionais de níveis técnico e universitário, as quais serão submetidas continuamente a cursos de qualificação e atualização.

Os programas de formação e treinamento serão promovidos junto aos diferentes órgãos envolvidos com a questão, tanto dos níveis federal, quanto estadual e municipal, os quais buscarão o engajamento das instituições públicas não-estatais neste trabalho. Ao lado disso, promover-se-á o desenvolvimento de ações conjuntas com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior, tendo em vista a necessidade de que sejam incorporadas disciplinas e conteúdos de reabilitação e atenção à saúde da pessoas com deficiência nos currículos de graduação da área de saúde.

As instituições de ensino superior deverão ser estimuladas a incorporar conteúdos de reabilitação na parte diversificada dos currículos dos cursos de graduação, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, com o objetivo de fomentar projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Deverá ser estimulada também, junto às agências de fomento ao ensino de pós-graduação e pesquisa - tais como o CNPq, a Capes, a Fiocruz e as fundações estaduais -, a ampliação do número de vagas e de bolsas de estudo e de pesquisa, voltadas para a formação de profissionais e pesquisadores de alto nível na área de reabilitação. Buscar-se-á da mesma forma incentivar os centros de referência em medicina de reabilitação para o desenvolvimento, entre outras atividades de educação continuada, de cursos de capacitação para o atendimento às pessoas com deficiência, destinados aos profissionais do SUS e da rede suplementar de assistência.

Os agentes comunitários de saúde e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família deverão receber treinamento que os habilite para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado das pessoas com deficiência. A capacitação de agentes de saúde para a atenção à pessoa com deficiência, nos aspectos referentes à assistência e à reabilitação, deverá ser promovida no contexto das ações de saúde da família e de saúde comunitária, sempre na perspectiva da promoção de uma vida saudável e da manutenção dos ganhos funcionais.

Além disso, serão promovidos treinamentos para a capacitação profissional do atendente pessoal, com enfoque na valorização, na autonomia e na individualidade da pessoa com deficiência, respeitando suas necessidades, como elemento de apoio para o estímulo à vida independente. Deverão ser criados ainda, em articulação com o Ministério da Educação, cursos com o objetivo de formar profissionais especializados na produção de órteses e próteses, em níveis médio e superior.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A atenção à pessoa com deficiência envolve esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa com deficiência a sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades.

Nesse sentido, caberá aos gestores do SUS, de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar as condições e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política, qual seja: reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor saúde, quanto no contexto de outros setores.

Assim, nas suas respectivas áreas de abrangência, os gestores buscarão estabelecer processos permanentes de articulação e integração institucional, tendo em vista a consolidação de compromissos intersetoriais, os quais deverão configurar parcerias efetivas. Promoverão, também, a participação de diferentes segmentos da sociedade que possam contribuir para a implementação das diretrizes desta Política.

4.1. Articulação Intersetorial

No âmbito federal, o processo de articulação deverá envolver os setores a seguir identificados, com os quais procurar-se-á estabelecer parcerias que viabilizem o alcance dos objetivos preconizados.

A) Ministério da Educação;

A parceria com esse Ministério buscará, sobretudo:

a. A difusão, junto às instituições de ensino e da comunidade escolar, de informações relacionadas às deficiências, à prevenção e à limitação das incapacidades de modo a contribuir para a qualidade de vida desse segmento populacional;

b. O estímulo à criação de centros de referência em reabilitação nos hospitais universitários, com atuação integrada com o SUS, voltado ao atendimento da pessoa com deficiência, bem como ao treinamento contínuo de equipes interdisciplinares de reabilitação;

c. A garantia de retaguarda clínica às pessoas com deficiência inscritas na rede de ensino básico, em estreita parceria com as respectivas secretarias estaduais e municipais de educação e saúde;

d. A reavaliação e adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área de saúde, visando o atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

e. A colaboração às secretarias de educação dos estados e municípios no treinamento e capacitação dos docentes para o trabalho com a pessoa com deficiência, tendo em vista a sua inclusão no ensino regular;

f. A inclusão nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde de conteúdos relacionados à reabilitação.

B) Ministério da Previdência e Assistência Social;

A parceria com esse Ministério visará em especial:

a. A realização de pesquisas epidemiológicas junto aos seus segurados relativas às doenças potencialmente incapacitantes, sobretudo quanto aos seus impactos nos indivíduos e na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde;

b. O encaminhamento do segurado, com deficiência, reabilitado pelo sistema de saúde, para programas de trabalho com ênfase na reeducação profissional, no trabalho domiciliar e nas cooperativas de prestação de serviço;

c. A difusão, junto aos seus serviços e àqueles sob sua supervisão, de informações relativas à proteção da saúde do com deficiência, à prevenção secundária e à limitação ou recuperação de incapacidades;

d. A promoção de treinamento de grupos de cuidadores para a identificação de deficiências e a promoção de cuidados básicos à pessoa com deficiência, tendo em vista a manutenção da qualidade de vida;

e. A inclusão na rede do SUS das unidades da rede da assistência social que já desenvolvem ações de reabilitação multidisciplinares especializadas para o atendimento de todos os tipos de deficiência;

f. A promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições de reabilitação e que assistem pessoas com deficiência nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão

C) Ministério da Justiça;

Com esse Ministério, buscar-se-á, sobretudo:

a. A observância de mecanismos, normas e legislação voltados à promoção e à defesa dos direitos da pessoa com deficiência no tocante às questões de saúde;

b. A promoção da aplicação dos dispositivos de segurança no trânsito, principalmente no tocante ao uso do cinto de segurança;

c. A promoção, junto aos estados e municípios, de processos educativos relacionados ao trânsito, voltados à redução do número de vítimas e a consequente diminuição de sequelas que determinam algum tipo de deficiência;

d. O fornecimento de subsídios ao Ministério Público no tocante à criminalização da discriminação e do preconceito referentes à recusa, retardo ou limitação dos serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais à pessoa com deficiência;

e. O provimento ao cidadão com deficiência, em articulação com a Corde, das informações sobre os direitos conquistados na área da saúde.

D) Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano;

Com essa Secretaria, a parceria objetivará, em especial:

a. A promoção de planos de habitação e moradia que permitam o acesso e a locomoção das pessoas com deficiência e que eliminem, portanto, barreiras arquitetônicas e ambientais que dificultam ou impedem a independência funcional destas pessoas;

b. A instalação de equipamentos comunitários públicos adequados à utilização da população com deficiência;

c. A promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e facilitem o deslocamento da pessoa com deficiência, sobretudo aquela que apresenta dificuldades de locomoção, na conformidade das normas existentes relativas à acessibilidade.

E) Ministério do Trabalho e Emprego;

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, principalmente:

a. A melhoria das condições de emprego, compreendendo a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa com deficiência na vida socioeconômica das comunidades;

b. A promoção de cursos e de materiais informativos voltados à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência destinados a empregadores.

c. O encaminhamento das pessoas com deficiência reabilitadas pelo sistema de saúde para cursos de capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho.

F) Ministério do Esporte e Turismo;

A parceria objetivará em especial:

a. A implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de atividades físicas destinados às pessoas com deficiência, tendo como base o conceito de qualidade de vida, e a utilização destas medidas para a manutenção dos ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação;

b. A promoção de turismo adaptado à pessoa com deficiência, como elemento de qualidade de vida e inclusão social.

G) Ministério da Ciência e Tecnologia;

Buscar-se-á, com esse Ministério, o estabelecimento de parcerias que fomentem, sobretudo, o desenvolvimento de pesquisa na área da reabilitação, contemplando: 1) estudos de prevalência de incapacidades; 2) validação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento da pessoa com deficiência; 3) gerenciamento das informações referentes ao impacto social e funcional da reabilitação; 4) capacitação, reorganização e atualização tecnológica dos Centros de Reabilitação; e 5) avaliação da eficiência e eficácia dos modelos de atenção hospitalar, centro de reabilitação ambulatorial e assistência domiciliar.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde:

A) Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política, bem como os planos, programas e projetos dela decorrentes;

B) Assessorar os estados na formulação e na implementação de suas respectivas políticas, consoante às diretrizes aqui fixadas;

C) Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal, ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde e de reabilitação da pessoa com deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à implementação desta Política;

E) Apoiar a estruturação de centros de referência em reabilitação, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior, envolvidas na formação contínua de recursos humanos específicos para a atenção à pessoa com deficiência;

F) Realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico, visando ampliar o conhecimento sobre a população com deficiência e subsidiar o planejamento de ações decorrentes desta Política;

G) Promover a disseminação de informações relativas à saúde da pessoa com deficiência, bem como de experiências exitosas em reabilitação;

H) Promover processo educativo voltado à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência;

I) Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação da pessoa com deficiência;

J) Promover mecanismos que possibilitem a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS, bem como o exercício do seu próprio papel no tocante à avaliação dos serviços prestados nas unidades de saúde;

K) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos em centros de reabilitação-dia, de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços suplementares para a pessoa com deficiência;

L) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação utilizando os recursos comunitários, na conformidade do modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção das pessoas com deficiência nos estabelecimentos de saúde e nas instituições que prestam atendimento a estas pessoas;

N) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando a prevenção de deficiências;

O) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

P) Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

Q) Organizar e manter sistema de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência.

4.3 Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde:

A) Elaborar, coordenar e executar a política estadual das pessoas com deficiência, consoante a esta Política Nacional;

B) Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política;

C) Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, com vistas a implementação das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução das Políticas Nacional e Estadual;

E) Promover o acesso da pessoa com deficiência aos medicamentos, órteses e próteses e outros insumos necessários a sua recuperação e reabilitação;

F) Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

G) Viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS;

H) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços complementares para o atendimento da pessoa com deficiência;

I) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir deficiências;

K) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção às pessoas com deficiência nos serviços de saúde e nas instituições que cuidam destas pessoas;

N) Promover a organização de rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente:

A) Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, definindo componentes específicos que devem ser implementados no seu âmbito respectivo;

B) Promover as medidas necessárias visando à integração da programação municipal à do Estado;

C) Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos necessários à operacionalização das ações e atividades específicas na área de saúde da pessoa com deficiência;

D) Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e reabilitação da pessoa com deficiência;

E) Estimular e viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas instâncias do SUS;

F) Promover a criação, na rede de serviço do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para a pessoa com deficiência;

G) Viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

H) Organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;

I) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando a prevenção de deficiências;

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por da população com deficiência visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;

M) Realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando a promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência;

N) Apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente, de forma integrada com outras instituições que prestam atendimento às pessoas com deficiência.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implementação desta Política Nacional está pautada em processo de acompanhamento e avaliação permanente que permita o seu contínuo aperfeiçoamento, a partir das necessidades que venham a ser indicadas na sua prática.

Para o desenvolvimento do processo, serão definidos indicadores e parâmetros específicos os quais, aliados aos dados e informações geradas pela avaliação dos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão esta Política, possibilitarão conhecer o grau de alcance do seu propósito, bem como o impacto sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Entre os indicadores que poderão ser utilizados nesse processo, figuram, por exemplo: índices de cobertura assistencial; taxa de capacitação de recursos humanos; distribuição de medicamentos, órteses e próteses; taxa de implementação de novos leitos de reabilitação; comparações de informações gerenciais; taxas de morbidade; censos demográficos; pesquisa por amostragem domiciliar.

Ao lado disso, no processo de acompanhamento e avaliação referido, deverão ser estabelecidos mecanismos que favoreçam também verificar em que medida a presente Política tem contribuído para o cumprimento dos princípios e diretrizes de funcionamento do SUS, explicitados na Lei n.º 8.080/90, sobretudo no seu Capítulo II, art. 7º. Entre esses, destacam-se:

a “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do

Sistema” (inciso II);

a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (inciso III);

a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (inciso IV);

o “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde” (inciso V);

a “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” (inciso VI); e

a “a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis da assistência” (inciso XII).

6. TERMINOLOGIA

Abordagem multiprofissional e interdisciplinar - assistência prestada por equipe constituída por profissionais de especialidades diferentes, que desenvolve processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados, de acordo com as incapacidades apresentadas pelo paciente.

Acidentes vásculo-encefálico - alteração na vascularização do cérebro que pode ser isquêmico ou hemorrágico.

Ações básicas de reabilitação - ações que visam minimizar as limitações e desenvolver habilidades, ou incrementá-las, compreendendo avaliações, orientações e demais intervenções terapêuticas necessárias, tais como: prevenção de deformidades, estimulação para pessoas com distúrbios da comunicação, prescrição e fornecimento de próteses etc.

Ações complexas de reabilitação - ações que se utilizam-se de tecnologia apropriada com o objetivo de conseguir maior independência funcional da pessoa com deficiência.

Aconselhamento genético - orientação fornecida após a realização de exames genéticos prévios que possibilitam verificar a probabilidade de se ter filhos com problemas genéticos.

Alterações da fala e linguagem - constituem-se em perda ou anormalidade de caráter permanente, apesar de parcialmente recuperáveis com a terapia, que geram incapacidades para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Anemia falciforme - defeito na hemácia, que se torna disforme quando há baixa de oxigenação no sangue, sendo destruída.

Anóxia perinatal - falta de oxigênio no parto, que pode provocar uma lesão no cérebro.

(240) Assistência ou atendimento em reabilitação - terapia realizada para reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Atendimento hospitalar em reabilitação - terapias realizadas em nível hospitalar visando reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Avaliação funcional - avaliar a capacidade de o indivíduo em manter as habilidades motoras, mentais e sensoriais para uma vida independente e autônoma.

Bolsa de ostomia - bolsa coletora de secreções intestinais.

Capacidade adaptativa - capacidade de se adequar a uma nova situação.

Capacidade funcional - capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Cardiopatias - qualquer processo ou doença do coração.

Centros de Referência em Reabilitação - serviços do setor saúde nos quais são realizadas a reabilitação em nível terciário, pesquisas e capacitação de recursos humanos.

Condições funcionais - situação encontrada após a avaliação funcional.

Condutas típicas - "manifestações de comportamento típicos de pessoas com síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízo no relacionamento social, em grau que requeira atendimento especializado" (MEC, 1994).

Deficiência auditiva - perda total ou parcial da capacidade de ouvir.

Deficiência mental - caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade. (Associação Americana de Deficiência Mental - AAMD).

Deficiência motora - refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor, que compreende o sistema ósteo-articular, o sistema muscular e o sistema nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida.

Deficiência visual - engloba tanto a cegueira quanto a baixa visão.

Deficit neurológico - comprometimento ou perda da função causada por lesões no sistema nervoso.

Diagnóstico etiológico - determina a causa das doenças, quer diretas, quer predisponentes, e do seu mecanismo de ação.

Diagnóstico sindrômico - determina o grupo de sintomas e sinais que, considerados em conjunto, caracterizam uma moléstia ou lesão.

Diagnóstico funcional - determina a ação normal ou especial de um órgão e grau de comprometimento.

Equipe básica de reabilitação - equipe cuja composição é interdisciplinar - médico e enfermeiro - com a presença ou não de equipe auxiliar treinada.

Erros inatos do metabolismo - doença na qual o organismo não consegue eliminar determinadas substâncias que produz e que lhe causam doenças.

Exame de cariótipo - exame genético mediante o qual são descobertas as anomalias.

Fatores perinatais - ocorrências identificadas no período que vai desde a vigésima semana ou mais de gestação e termina após o vigésimo oitavo dia do nascimento.

Fatores pós-natais - ocorrências identificadas após o nascimento.

Fenilcetonúria - doença metabólica hereditária, na qual existe uma deficiência de fenilalanina-hidroxilase que, quando não tratada, acarreta retardamento mental (Dicionário Médico - Blakiston)

Genética clínica - é ramo da medicina que trata dos fenômenos da hereditariedade.

Habilitação - processo de desenvolvimento de habilidades.

Hemiplégicos - pessoas com paralisia de um dos lados do corpo.

Hemofilia - transtorno de coagulação, caracterizado por transmissão recessiva ligada ao sexo, produzindo uma coagulação anormal ou deficiente do plasma.

Hemoglobinopatias - doenças relacionadas com as alterações na hemoglobina ou alteração dos glóbulos vermelhos do sangue

Hipertireoidismo congênito - estado funcional resultante de insuficiência de hormônios tireoidianos de origem congênita.

Hipoxemia - diminuição do teor de oxigênio no sangue.

Índice de Apgar - avaliação quantitativa das condições do recém-nascido com um a cinco minutos de vida, obtida pela atribuição de pontos à qualidade da frequência cardíaca ao esforço respiratório, à cor, ao tônus muscular e a reação ao estímulo; somando esses pontos, o máximo do melhor índice será de dez.

Inteligência conceitual - refere-se às capacidades fundamentais da inteligência, envolvendo suas dimensões abstratas.

Inteligência prática - refere-se à habilidade de se manter e de se sustentar como pessoa independente nas atividades da vida diária. Inclui capacidades como habilidades sensório-motoras, de autocuidado e segurança, de desempenho na comunidade e na vida acadêmica, de trabalho e de lazer, autonomia.

Inteligência social - refere-se à habilidade para compreender as expectativas sociais e o comportamento de outras pessoas, bem como ao comportamento adequado em situações sociais.

Internação em reabilitação - internação realizada pós-trauma visando ações de reabilitação intensas e frequentes.

Internamento (ou internação) no domicílio - assistência médica e paramédica prestada no domicílio.

Lesão - alteração estrutural ou funcional devida a uma doença. Comumente esse termo é utilizado em relação às alterações morfológicas.

Lesão medular - alteração da estrutura funcional da medula.

Lesão traumática - alteração produzida por um agente mecânico ou físico.

Lesões nervosas - alterações no sistema nervoso.

Lesões neuromusculares - alteração estrutural ou funcional dos nervos e músculos.

Lesões osteoarticulares - alteração estrutural ou funcional nos ossos e articulações.

Manutenção de ganhos funcionais - treinamento contínuo objetivando a preservação das aquisições motoras, mentais ou sensoriais já adquiridas.

Nefropatias - doenças que acometem o sistema renal.

Núcleo (ou centro) de atendimento em reabilitação - local onde é realizado um conjunto de terapias e outras ações destinado a possibilitar às pessoas com deficiência o alcance de sua autonomia funcional.

Orientação prognóstica - aconselhamento na predição da provável evolução e do desfecho de uma doença, lesão ou anomalia.

Órtese - aparelhagem destinada a suprir ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, de um membro ou de um segmento de um membro, ou a deficiência de uma função.

Ostomias - são órgãos ou parte interna do organismo que não se comunica com o meio externo e que por alguma anormalidade passa a se comunicar.

Osteoporose - desossificação, com decréscimo absoluto de tecido ósseo, acompanhada de fraqueza estrutural.

Ototoxicose - substâncias tóxicas que afetam a audição.

Paralisia cerebral - qualquer comprometimento de funções neurológicas devido a lesões cerebrais congênitas (anomalia do desenvolvimento durante o primeiro trimestre da gravidez) ou adquirida (ocasionadas por um parto difícil ou por traumatismo acidental durante os primeiros meses de vida).

Paraplégicos - paralisia dos membros inferiores.

Perda auditiva neurossensorial - um tipo de surdez.

Perturbações psiquiátricas - doenças ou transtornos mentais e emotivos.

Prevenção secundária - consiste no tratamento da doença já instalada, visando evitar o aparecimento de deficiências ou incapacidades.

Processo reabilitativo - ver reabilitação.

Prótese - aparelho ou dispositivo destinado a substituir um órgão, um membro ou parte do membro destruído ou gravemente acometido.

Reabilitação - segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, “é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais”.

Retinopatia diabética - doença da retina causada pela diabetes.

Rubéola - doença contagiosa benigna e aguda, causada por vírus, das crianças e dos adultos jovens, caracterizada por febre, exantema pouco intenso e linfonopatia fetais, quando a infecção materna ocorre no início da gravidez.

Serviços de apoio à vida cotidiana - ações desenvolvidas por pessoal treinado visando auxiliar as pessoas com deficiência nas atividades de vida diária e de vida prática.

Tecnologia assistiva - conjunto de medidas adaptativas ou equipamentos que visam a facilitar a independência funcional das pessoas com deficiência.

Transtornos congênitos - alterações decorrentes de fatores hereditários.

Transtornos orgânicos - alterações que interferem no funcionamento do organismo.

Transtornos perinatais - alterações que ocorrem durante o nascimento.

7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARAÚJO, Luís Alberto David. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994. 140 p.

BARROS Filho, T.E.P. et all. Revista Hospital das Clínicas, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 45(3): 123-126, 1990.

BRASIL. Constituição República Federativa do Brasil (1988). Brasília. Senado Federal, Centro Gráfico. 1998. 292p.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Conselho Consultivo. Subsídios para planos de ação dos governos federal e estadual na área de atenção ao portador de deficiência. Brasília: CORDE, 1994.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Política nacional de prevenção de deficiências. Ministério da Ação Social - CORDE, Brasília, 1992.

BRASIL. Relatório da Câmara Técnica sobre Reabilitação Baseada na Comunidade. Ministério da Justiça. SDC. CORDE.1995.

BRASIL. Lei de diretrizes e bases (DO QUÊ?). 1996.

BRASIL. MEC. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Livro 1, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde. Brasília:1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Promoção da Saúde. Brasília.1998. Texto mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoas Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília. 1995. 48 pgs.

BRITO, P. Veitzman, S. Causas da cegueira em criança. Arquivo brasileiro de oftalmologia, 1998.

CASTRO JUNIOR, N.P.; LOPES FILHO, O.C.; FIGUEIREDO, M.S.; REDONDO, M.C. Deficiência auditiva infantil: aspectos de incidência, etiologia e avaliação audiológica. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v.46, p.228-36, 1980.

_____. Do estudo da audiometria de tronco cerebral em neonatos normais e de alto risco. São Paulo, 1991. 78p. Tese (doutorado). Escola Paulista de Medicina. CIDID

(319) CLIFTON. G.L. Spinal Coord in Jury in the Houston Galneston Area. In: Tex - Med 79:55-8, 1983 - EUA.

COMITE DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA. Prevenção de deficiências. Brasília. Corde, s/data. 34 pgs.

CHRISTENSEN, E. e MELCHIOR, J. Cerebral Palsy. A Clinical and Neuropathological Study. Clinic in Development Medicine. N.º 25 W. Heinemenn-London, 1967

Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. tradução Edilson Alkimim da Cunha. 2ª edição. Brasília: Corde. 1997. 54 ps.

DIAMENT, A. e Cypel, S. Neurologia Infantil. 3ª edição. Livraria Atheneu, 1996.

FOSTER, Allen. Blindness prevention, Statistics and principles of control, workshop of ocular health, São Paulo, 1999.

INFORMAPAE. Boletim mensal da Federação Nacional das APAES. Ano IV, Janeiro de 1996.

JANNUZI, G. S.M. JANNUZI, N. Portadores de necessidades especiais no Brasil: reflexões a partir do censo demográfico 1991. SEESP, MEC, Brasília: Revista Integração, ano 7: 18, 1997. P.40-46.

KARA José. ALMEIDA, Vicente N. de, et alli. Causas de deficiência visual em crianças. Bol of Panam, 1997. (5) Pg. 405- 412. 1994.

LAURENTI. R. et all. Estatística de Saúde, São Paulo. EPU, 1990.

LEITE, Ama e Maranhão, H.P. Situação do Atendimento dos Portadores de Necessidades Educativas Especiais nos Municípios do estado do RJ. Resultados. Rio de Janeiro, outubro/98.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção a Grupos Especiais.

MAIOR, Isabel Maria M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. Cadernos de Pesquisa n07, São Paulo: CEBRAP.1997. pg.31 a 47.

NALLIN, Araci. Reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos: análise de representação do discurso. Brasília: Corde, 1985. 184 ps.

Normas e recomendações internacionais sobre a deficiência. tradução Edilson Alkimim Cunha, Brasília: Corde, 1996. 113ps.

OMS. Classificacion internacional de las deficiencias actividades e participacion: um manual de las dimensiones de la inhabilitacion e su funcionamento. Genebra. 1997. Versão preliminar.

Programa de ação mundial para as pessoas com deficiências. Tradução Edilson Alkmin da Cunha, Brasília: Corde, 1996.

REGULY, Vanessa Soledade. A inserção dos deficientes físicos no mercado de trabalho na região metropolitana de Salvador. Salvador:1998. Monografia apresentada à UNIFACS.

RIBAS, João Batista Cintra. As pessoas portadoras de deficiência na sociedade brasileira. Brasília: Corde, 1997.

Educação inclusiva, desenho universal e integração. HYPER- LINK http://www.gente www.gente especial.com.br/arquitetura.htm.

SALIMENE, ACM. Sexo: caminho para a reabilitação. São Paulo:Cortez, 1995.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão social: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários. 1997. Htp://www.entreamigos.com.br.temas.

SILVEIRA, J.A.M. Estudo da deficiência auditiva em crianças submetidas a exames de potenciais evocados auditivos: etiologia, grau da deficiência e precocidade diagnóstica. São Paulo, 1992. 107p. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TARICO, M.C. et all, The social and vocational outcome of spinal cor injury patients. In: Paraplegia, the International Journal of Spinal Cord, vol 30:3, 1992, 214-219, International Medical Society of Paraplegia.

TARTARELA. M B et alli. Visão subnormal em crianças. Arquivos brasileiros de oftalmologia. 54 (5). Pg. 221-224. 1991.

UNICEF. Deficiência Infantil: Sua Prevenção e Reabilitação. Relatório da Reabilitation International, Junta Executiva do UNICEF, 1980.

WHO/PBL 93-27. Management of low vision in children, Bangkok, 1992

WHO/PBL 97.61. Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. Programme for the Prevention of Blindness and Deafness. 1997.

ANEXO XIV

Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo 1 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 2º)

Art. 3º Ficam aprovadas as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma do Anexo 2 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIV

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Anexo 1)

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

1 - Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, em que está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo.

2 - Antecedentes

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do Século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos).

A perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do Século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação".

Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas.

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais

curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. Era frequente funcionários sem qualificação alguma na área da saúde prestarem atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde.

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena - tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial n° 1.141/94 constitui uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução n° 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

2.1 - Situação atual de saúde

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 350.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, FUNAI, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias.

Cerca de 60% dessa população vivem no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país:

Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representa cerca de 15% da população do estado; 4% no Amazonas; e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de localidades a população indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outros das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social.

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. O Estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade, numa população hoje estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, é um dos exemplos nesse sentido. Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 1.900, outros, como os Latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 pessoas.

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

De acordo com dados consolidados dos relatórios de 1998, de 22 das 47 administrações regionais da Fundação Nacional do Índio, sobre uma população de cerca de 60 mil indivíduos, foram registrados 466 óbitos, quase 50% deles entre menores de cinco anos de idade, tendo como causas mais frequentes as doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias e as parasitoses intestinais, a malária e a desnutrição. As causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população indígena no Brasil, afetando sobretudo regiões com Mato Grosso do Sul e Roraima.

Por sua vez, os dados consolidados no Relatório de Atividades de 1998, da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA, baseiam-se no material enviado pelas equipes de saúde indígena de 24 unidades da federação. Referem-se a uma população de 312.017 indígenas e, num total de 219.445 ocorrências, mostram um incremento de cerca de 24,7% sobre o volume registrado no ano anterior. A indicação de causas de óbitos (844) é proporcionalmente semelhante a dos dados analisados pela FUNAI.

A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior frequência e severidade as comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881.4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525.6 por 100.000, segundo os dados da organização Comissão Pró-Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado e relativos ao mesmo ano, indicam que a tuberculose foi responsável por 22,7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2,2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono frequente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. A partir de 1988 começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos 36 casos conhecidos até o momento, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem linguística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações intergrupais, é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção. Com relação às DST, cofator que potencializa a infeção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da FUNASA de 1998 indicou 385 casos registrados.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades.

A deficiência do sistema de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas.

A descontinuidade das ações e a carência de profissionais fizeram com que muitas comunidades indígenas se mobilizassem, desde os anos 70, de diversas maneiras, especialmente por intermédio de suas organizações juridicamente constituídas, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças e agravos de maior impacto sobre sua saúde, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

Mesmo sem um programa de formação e inserção institucional definidos, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde vinham atuando no Brasil. A maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde as distâncias são medidas em dias de viagens por estradas em precário estado de conservação ou rios de navegabilidade difícil ou impossível durante o período da seca, os agentes indígenas de saúde são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças. Cerca de 13% dos agentes indígenas de saúde estão inseridos no Programa de Agentes Comunitários de

Saúde, a maioria no Nordeste. Na Região Amazônica, a maioria das iniciativas foi tomada por organizações indígenas e não-governamentais.

3 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

4 - Diretrizes

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;

- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;

- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;

- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;

- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;

- promoção de ações específicas em situações especiais;

- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;

- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;

- controle social.

4.1 - Distrito Sanitário Especial Indígena

4.1.1 - Conceito

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;

- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura;

- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;

- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;

- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

4.1.2 - Organização

Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde.

Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos.

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta Política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Polos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma

unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do SUS. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

4.2 - Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) -Lei nº 9.394/96-, no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos socioantropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços.

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas fará gestões, junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação, no sentido de obter a certificação de competências para os agentes que seguirem o processo de formação, inclusive aqueles já capacitados, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96.

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema.

As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais.

O órgão responsável pela execução desta Política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena.

4.3 - Monitoramento das ações de saúde

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade.

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações.

Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo.

O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que

couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário.

Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena.

O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

4.4 - Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligados ao processo saúde-doença.

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas.

A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

4.5 - Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendida a dispensação e a prescrição -, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários.

Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Assim, os pressupostos que devem orientar os gestores, no sentido de tornar efetivas as ações e diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos, são:

a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;

c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);

d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;

e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação;

f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopeia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

4.6 - Promoção de ações específicas em situações especiais

Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;

2 - prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos;

3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;

4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;

5 - prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças;

6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos;

7 - desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias.

4.7- Promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com o órgão indigenista oficial, adotará e promoverá o respeito à Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução nº 304/2000, que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas. Igualmente, será promovido o cumprimento das normas do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução n° 1.246/88, do Conselho Federal de Medicina, bem como a realização de eventos que visem aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

4.8 - Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas. Mesmo nos casos em que a definição de limites e o processo de demarcação das terras indígenas tenham ocorrido de forma satisfatória, assegurando-se as condições indispensáveis para o futuro dos ocupantes, e mesmo que estes se incluam entre os grupos mais isolados e com contatos menos frequentes e desestabilizadores com a sociedade envolvente, há demandas importantes colocadas na interface entre meio ambiente e saúde para populações indígenas.

Por um lado, a ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos rios, têm afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compõem a alimentação tradicional nas aldeias. Por outro, as relações de contato alteraram profundamente as formas tradicionais de ocupação, provocando concentrações demográficas e deslocamentos de comunidades, com grande impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e de outros recursos naturais básicos no seu entorno.

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d`água situados acima das terras indígenas.

As ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, deverão ter como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores.

4.9 - Controle social

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais.

Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito.

Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde.

Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete.

Os presidentes dos conselhos serão eleitos diretamente pelos conselheiros, que devem elaborar o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital.

Os Conselhos Distritais serão formalizados pelo presidente do órgão responsável pela execução desta política, mediante portaria publicada no Diário Oficial.

Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Deve ser ainda estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), já existente e em funcionamento.

As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade.

5 - Responsabilidades institucionais

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta Política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

- Articulação intersetorial

Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações.

O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta Política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

- Articulação intrassetorial

Do ponto de vista da articulação intrassetorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.

5.1 - Ministério da Saúde

Os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto n° 3.146, de 27 de agosto de 1999 (art. 3º), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão responsável pela execução das ações. As atribuições da FUNASA, em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, são as seguintes:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

- promover a articulação intersetorial e intrassetorial com as outras instâncias do SUS;

- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país;

- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

A FUNASA, por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), desenvolverá atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que incluirão a promoção de encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

5.2 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.

5.3 - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ)

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) é o órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

5.4 - Ministério da Educação

Uma estreita cooperação com o Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação é de importância vital para a execução de diversos aspectos desta política. Entre estes, destacam-se a necessidade de integração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental na formação dos Agentes Indígenas de Saúde, o envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas, assim como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas.

5.5 - Ministério Público Federal

A participação do Ministério Público Federal tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas.

5.6 - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP) foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa à vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução n° 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas decorrentes de sua condição excepcional.

5.7 - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI/CNS)

O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei n° 8.080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

6 - Financiamento

As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementada por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica.

ANEXO 2 DO ANEXO XIV

Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1)

Art. 1º O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º)

I - a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - o objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir

a assistência de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, V)

VI - a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VI)

VII - o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VII)

VIII - na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VIII)

IX - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IX)

CAPÍTULO I
DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS
(Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 2º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º)

I - formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º, I)

Art. 3º À Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º)

I - coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º, I)

Art. 4º Ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º)

I - planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, V)

VI - supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VI)

VII - implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VII)

VIII - articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VIII)

IX - propor alterações nas áreas de abrangência dos DSEI. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IX)

Art. 5º Às Coordenações Regionais (CORE) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º)

I - coordenar e articular no âmbito de cada Unidade Federada a execução das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - planejar em conjunto com os DSEI as ações integrais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - articular junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, V)

VI - homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VI)

VII - articular no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VII)

VIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VIII)

Art. 6º Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º)

I - planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho locais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

IX - executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XI)

XII - o chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XII)

XIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XIII)

Art. 7º Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º)

I - aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - acompanhar as ações dos Conselho locais de saúde indígena; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, III)

Art. 8º Aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e não Governamentais compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º)

I - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, I)

Parágrafo Único. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º Fica a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) autorizada a normatizar e regulamentar as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, previstas nesta portaria. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 9º)

ANEXO 3 DO ANEXO XIV

Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Origem: PRT MS/GM 2759/2007)

Art. 1º São diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º)

I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, I)

II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que

considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, II)

III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolventes, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, III)

IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, estado e municípios); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, IV)

V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, V)

VI - considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa - ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VI)

VII - garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VII)

VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VIII)

Art. 2º Fica instituído o Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, com as seguintes incumbências: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º)

I - elaborar e pactuar com as instâncias implicadas uma norma que regulamente as ações de atenção em Saúde Mental às populações indígenas, onde estejam implicadas estruturas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, I)

II - coordenar as ações no âmbito do Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias representativas de comunidades indígenas, para o enfrentamento das situações emergenciais da atenção à saúde mental indígena, como o alcoolismo, o suicídio e outros problemas prevalentes; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, II)

III - elaborar um sistema de monitoramento e avaliação das ações de atenção em saúde mental às populações indígenas, em sua implantação e implementação. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, III)

Art. 3º São integrantes do Comitê, sob a coordenação do primeiro, e a coordenação adjunta do segundo, os seguintes membros: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde Mental (DAPES/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante do Projeto VIGISUS - Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho de Comunidades Indígenas das cinco regiões do país; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) pesquisador convidado, de universidade brasileira; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, X)

ANEXO 4 DO ANEXO XIV

Comitê Consultivo de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 69/2004)

Art. 1º Fica instituído o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Comitê Consultivo terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - apreciar as propostas de condução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, a)

II - contribuir com o Departamento de Saúde Indígena/FUNASA nas normatizações técnicas e operacionais da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, b)

III - propor medidas técnicas e operacionais ao Departamento de Saúde Indígena/FUNASA de matérias relevantes a Organização e Gestão dos Serviços de Saúde Indígena; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, c)

IV - participar de fóruns nacionais de discussão da Política de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, d)

Art. 2º O Comitê Consultivo será composto pelos referidos membros, com as seguintes representações: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º)

I - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) - 4 (quatro) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

II - Ministério da Saúde (MS): (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

a) Secretaria-Executiva - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, a)

b) Secretaria de Atenção à Saúde - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde - 1 (um) representante; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, c)

d) Secretaria de Gestão Participativa - 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, d)

III - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

V - organizações indígenas - 3 (três) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VI - Organizações Indigenistas - dois representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VII - Conselhos Distritais de Saúde Indígena - 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VIII - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IX - Ministério Público Federal (6ª Câmara) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

X - Ministério da Educação - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XI - Ministério do Meio Ambiente - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XII - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XIII - Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Federal (CONDSEF) - 2 (dois) representantes. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 1731/2004)

§ 1º A Secretaria Executiva do Comitê será indicada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê Consultivo não receberão nenhuma gratificação para o seu exercício, sendo considerado de relevância pública. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Caberá ao Presidente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) regulamentar através de portaria o funcionamento do Comitê Consultivo e designar os seus membros. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O mandato dos membros do Comitê Consultivo será de um ano, permitida a recondução. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 4º)

§ 5º As despesas decorrentes do funcionamento do Comitê ficarão a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 5º)

~~ANEXO 5 DO ANEXO XIV~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)
~~Certificado Hospital Amigo do Índio (Origem: PRT MS/GM 645/2006)~~

~~Art. 1º~~ ~~Fica instituído o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~Art. 2º~~ ~~Para concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio, deverão ser observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

I - garantia do direito ao acompanhante, dieta especial e informação aos usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

II - garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

III - participação nas instâncias de Controle Social (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde) e de pactuação intergestores do SUS, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

IV - garantia de informação em saúde à rede integrada do SUS, compreendendo as unidades de saúde indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, IV) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

V - garantia de critérios especiais de acesso e acolhimento a partir da avaliação de risco clínico e vulnerabilidade sócio-cultural; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, V) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

VI - garantia de instâncias próprias de avaliação com participação de usuários e gestores no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VI) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

VII - garantia de Ouvidoria adaptada às especificidades étnico-culturais dos povos indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VII) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

VIII - garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VIII) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

Art. 3º Fica instituído o Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

I - certificar os estabelecimentos de saúde da rede do SUS em obediência aos critérios de concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

II - estabelecer instrumentos, indicadores, metas e avaliação, bem como o período de renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

III - estabelecer critérios de não renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

IV - divulgar nas instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde), Comissões Bipartite e Tripartite, bem como os relatórios de certificação e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, IV) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

V - articular com as instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais), Comissões Bipartite e Tripartite e o acompanhamento do processo de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, V) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

Art. 4º O Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio será integrado por um representante das seguintes instituições: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

I - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

II - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

III - Conselho Nacional de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, IV) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

V - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, do Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, V) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

VI - Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VI) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

VII - Fundação Nacional do Índio (FUNAI); e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VII) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

VIII - Sexta Câmara do Ministério Público Federal. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VIII) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

Parágrafo Único. É facultado ao Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio a constituição de Grupos de Trabalho Locais para visitas de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, Parágrafo Único) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

ANEXO XV

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 2º)

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Além do disposto neste Anexo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reger-se-á, de forma complementar, pelos elementos informativos constantes do Anexo 1 do Anexo XV . (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO I)

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º)

I - universalidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, I)

II - integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, II)

III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, III)

IV - descentralização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, IV)

V - hierarquização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, V)

VI - equidade; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VI)

VII - precaução. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VII)

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º)

I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, I)

II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, II)

III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º)

Parágrafo Único. As pessoas e os grupos vulneráveis de que trata o "caput" devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO II)

Art. 8º São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º)

I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I)

a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, a)

b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, b)

c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, c)

d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, d)

e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, e)

f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, f)

g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, g)

h) participação dos trabalhadores e suas organizações. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, h)

II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II)

a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, a)

b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, b)

c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, c)

d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, d)

e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, e)

f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, f)

g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, g)

h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, h)

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III)

a) atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, a)

b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, b)

c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, c)

d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, d)

e) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, e)

f) sistemas de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, f)

g) sistema de regulação do acesso; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, g)

h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, h)

i) sistema de auditoria; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, i)

j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, j)

IV - ampliar o entendimento de que de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, IV)

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, V)

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VI)

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VII)

CAPÍTULO III
DAS ESTRATÉGIAS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO III)

Art. 9º São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º)

I - integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I)

a) planejamento conjunto entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades produtivas e com potencial impacto ambiental no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, a)

b) produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação aos estados e municípios no desenvolvimento das ações de vigilância, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, b)

c) harmonização e, sempre que possível, unificação dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, c)

d) incorporação dos agravos relacionados ao trabalho, definidos como prioritários para fins de vigilância, nas listagens de agravos de notificação compulsória, nos âmbitos nacional, estaduais e municipais, seguindo a mesma lógica e fluxos dos demais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, d)

e) proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, e)

f) formação e manutenção de grupos de trabalho integrados para investigação de surtos e eventos inusitados e de investigação de situações de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, saúde do trabalhador e rede de laboratórios de saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, f)

g) produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, g)

h) incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos estados e municípios, de práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, h)

i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, i)

j) investimentos na ampliação da capacidade técnica e nas mudanças das práticas das equipes das vigilâncias, especialmente para atuação no apoio matricial às equipes de referência dos municípios; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, j)

k) participação conjunta nas estratégias, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, k)

l) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além das ações específicas de VISAT; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, l)

m) atualização e ou revisão dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, m)

II - análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II)

a) identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a atenção primária em saúde e os setores da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, a)

b) implementação da rede de informações em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, b)

c) definição de elenco de indicadores prioritários para análise e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, c)

d) definição do elenco de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória e inclusão no elenco de prioridades, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, d)

e) revisão periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, e)

f) realização de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores e o comportamento dos principais indicadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, f)

g) estruturação das estratégias e processos de difusão e comunicação das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, g)

h) garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos seguintes sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h)

1. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 1)

2. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 2)

3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 3)

4. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAISUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 4)

5. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 5)

6. Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 6)

7. Registros de Câncer de Base Hospitalar (RCBH); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 7)

i) articulação e sistematização das informações das demais bases de dados de interesse à saúde do trabalhador, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i)

1. Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 1)

2. Sistema Único de Benefícios (SUB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 2)

3. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 3)

4. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 4)

5. Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (SFIT); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 5)

6. Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 6)

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 7)

8. outros sistemas de informações dos órgãos e setores de planejamento, da agricultura, do meio ambiente, da segurança pública, do trânsito, da indústria, comércio e mineração, das empresas, dos sindicatos de trabalhadores, entre outras; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 8)

j) gestão junto a essas instituições para acesso às bases de dados de forma desagregada, conforme necessidades da produção da análise da situação de saúde nos diversos níveis territoriais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, j)

k) produção e divulgação, periódicas, com acesso ao público em geral, de análises de situação de saúde, considerando diversos níveis territoriais (local, municipal, microrregional, macrorregional, estadual, grandes regiões, nacional); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, k)

l) estabelecimento da notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional dos acidentes de trabalho graves e com óbito e das intoxicações por agrotóxicos, considerando critérios de magnitude e gravidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, l)

m) viabilização da compatibilização e/ou unificação dos instrumentos de coleta de dados e dos fluxos de informações, em articulação com as demais equipes técnicas e das vigilâncias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, m)

n) gestão junto à Previdência Social para que a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho feito pelo SUS (Sinan) seja reconhecida, nos casos de trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, n)

o) criação de sistemas e bancos de dados para registro das informações contidas nos relatórios de inspeções e mapeamento dos ambientes de trabalho realizados pelas equipes de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, o)

p) definição de elenco básico de indicadores de morbimortalidade e de situações de risco para a composição da análise de situação de saúde dos trabalhadores, considerando o conjunto dos trabalhadores brasileiros, incluindo as parcelas inseridas em atividades informais, ou seja, o total da População Economicamente Ativa Ocupada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, p)

q) articulação intra e intersetorial para a implantação ou implementação de observatórios de saúde do trabalhador, em especial, articulando-se com o observatório de violências e outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, q)

r) articulação, apoio e gestão junto à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) para fins de ampliação dos atuais indicadores de saúde do trabalhador constantes das publicações dos Indicadores Básicos de Saúde (IDB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, r)

s) garantia da inclusão de indicadores de saúde do trabalhador nas RIPSA estaduais, conforme necessidades e especificidades de cada estado; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, s)

t) produção de protocolos e manuais de orientação para os profissionais de saúde para a utilização da Classificação Brasileira de Ocupação e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, t)

u) avaliação e produção de relatórios periódicos sobre a qualidade dos dados e informações constantes nos sistemas de informação de interesse à saúde do trabalhador; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, u)

v) disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, v)

III - estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III)

a) ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a)

1. reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 1)

2. reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 2)

3. reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 3)

4. identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 4)

5. inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 5)

6. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 6)

7. suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 7)

8. notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no SIAB e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 8)

9. subsídio à definição da rede de referência e contrarreferência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 9)

10. articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 10)

11. definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 11)

12. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 12)

b) ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 1)

2. identificação da relação entre o trabalho e o acidente, violência ou intoxicação exógena sofridos pelo usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan e adequado registro no SIH-SUS para os casos que requererem hospitalização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 3)

4. acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 4)

5. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 5)

6. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 6)

7. harmonização dos conceitos dos eventos/agravos e unificação das fichas de notificação dos casos de acidentes de trabalho, outros acidentes e violências; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 7)

8. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 8)

9. estabelecimento de parcerias intersetoriais e referência e contrarreferência com as unidades de atendimento e serviços das Secretarias de Segurança Pública, Institutos Médico Legais, e setores/departamentos de trânsito e transporte; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 9)

c) ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar): (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 1)

2. suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 3)

4. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 4)

5. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 5)

6. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 6)

IV - fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV)

a) aplicação de indicadores de avaliação de impactos à saúde dos trabalhadores e das comunidades nos processos de licenciamento ambiental, de concessão de incentivos ao desenvolvimento, mecanismos de fomento e incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, a)

b) fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, como nas carvoarias, madeireiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral, calcareiras, mineração, entre outros, envolvendo os Ministérios do Trabalho e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, b)

c) compartilhamento e publicização das informações produzidas por cada órgão e instituição, inclusive por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, c)

V - estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V)

a) acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, a)

b) buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, b)

c) estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, c)

d) apoiar o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, d)

e) inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, e)

f) transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, f)

VI - desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI)

a) adoção de estratégias para a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, incluindo os técnicos dos centros de referência e das vigilâncias, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, a)

b) inserção de especificação da atribuição de inspetor de vigilância aos técnicos em saúde do trabalhador nos planos de carreira, cargos e vencimentos, nas esferas estadual e municipal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, b)

c) inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, c)

d) capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, d)

e) capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, e)

f) estabelecimento de referências e conteúdos curriculares para a formação de profissionais em saúde do trabalhador, de nível técnico e superior; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, f)

g) produção de tecnologias mistas de educação presencial e a distância e publicização de tecnologias já existentes, com estabelecimento de processos e métodos de acompanhamento, avaliação e atualização dessas tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, g)

h) articulação intersetorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o Ministério da Educação, para fins de inclusão de conteúdos temáticos de saúde do trabalhador nos currículos do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação em sentido amplo e restrito, possibilitando a articulação ensino / pesquisa /extensão, bem como nos cursos voltados à qualificação profissional e empresarial; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, h)

i) investimento na qualificação de todos os técnicos dos CEREST, no mínimo, em nível de especialização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, i)

j) integração com órgãos de fomento de pesquisa, nacionais e internacionais e com instituições responsáveis pelo processo educativo como universidades, centros de pesquisa, organizações sindicais, ONG, entre outras; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, j)

k) apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social, movimento sindical e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, k)

VII - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII)

a) articulação estreita entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, a)

b) adoção de critérios epidemiológicos e de relevância social para a identificação e definição das linhas de investigação, estudos e pesquisas, de modo a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento de problemas prioritários no contexto da saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, b)

c) desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a saúde do trabalhador no SUS, que articulem as ações de promoção, vigilância, assistência, reabilitação e produção e comunicação de informações, e resultem em produção de tecnologias de intervenção em problemas prioritários em cada território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, c)

d) definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico conceituais do campo da saúde do trabalhador, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da atenção à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, d)

e) incentivo à pesquisa e aplicação de tecnologias limpas e/ou com reduzido impacto à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente, bem como voltadas à produção de alternativas e substituição de produtos e processos já reconhecidos como danosos à saúde, e formas de organização de trabalho saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, e)

f) estabelecimento de rede de centros de pesquisa colaboradores na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, f)

g) estabelecimento de mecanismos que garantam a participação da comunidade e das representações dos trabalhadores no desenvolvimento dos estudos e pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação dos seus resultados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, g)

h) garantia, pelos gestores, da observância dos preceitos éticos no desenvolvimento de estudos e pesquisas realizados no âmbito da rede de serviços do SUS, mediante a participação dos Comitês de Ética em Pesquisa nesses processos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, h)

§ 1º A análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", compreende o monitoramento contínuo de indicadores e das situações de risco, com vistas a subsidiar o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador, de forma mais abrangente, no território nacional, no estado, região, município e nas áreas de abrangência das equipes de atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º No que se refere à análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", dever-se-á promover a articulação das redes de informações, que se baseará nos seguintes pressupostos: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º)

I - concepção de que as informações em saúde do trabalhador, presentes em diversas bases e fontes de dados, devem estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informações e Informática do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, I)

II - necessidade de estabelecimento de processos participativos nas definições e na produção de informações de interesse à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, II)

III - empreendimento sistemático e permanente de ações, com vistas ao aprimoramento e melhoria da qualidade das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, III)

IV - compartilhamento de informações de interesse para a saúde do trabalhador, mediante colaboração intra e intersetorial, entre as esferas de governo, e entre instituições, públicas e privadas, nacionais e internacionais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, IV)

V - necessidade de estabelecimento de mecanismos de publicação e garantia de acesso pelos diversos públicos interessados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, V)

VI - zelo pela privacidade e confidencialidade de dados individuais identificados, garantindo o acesso necessário às autoridades sanitárias no exercício das ações de vigilância. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, VI)

§ 3º O processo de capacitação em saúde do trabalhador, de que trata o inciso VI do caput, deverá: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º)

I - contemplar as diversidades e especificidades locorregionais, incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multiprofissional e as experiências acumuladas pelos estados e municípios nessa área; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, I)

II - abranger todos os profissionais vinculados ao SUS, independente da especialidade e nível de atuação - atenção básica ou especializada, os inseridos em programas e estratégias específicos, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, saúde da família, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e em saúde ambiental, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, II)

III - considerar, sempre que possível, com graus de prioridade distintos, as necessidades de outras instituições públicas e privadas -sindicatos de trabalhadores e patronais, organizações não governamentais (ONG) e empresas que atuam na área de modo interativo com o SUS, em consonância com a legislação de regência; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, III)

IV - contemplar estratégias de articulação e de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros além de outros que apresentem correlação com a área da saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação, incluindo a oferta de vagas para estágios curriculares e extracurriculares. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, IV)

CAPÍTULO IV
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV)

Seção I
Das Atribuições dos Gestores do SUS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 10. São responsabilidades da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10)

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, I)

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, II)

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, III)

IV - assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, IV)

V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, V)

VI - desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, VI)

Art. 11. À direção nacional do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11)

I - coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, II)

III - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IV)

V - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, V)

VI - promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância e de assistência à saúde do trabalhador junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VI)

VII - monitorar, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VII)

VIII - estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos municípios e nos estados a partir dos sistemas de informação em saúde, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento estratégico da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VIII)

IX - elaborar perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IX)

X - promover a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, X)

XI - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XI)

XII - promover a formação e a capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, junto à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XII)

XIII - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIII)

XIV - conduzir a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional e a inclusão do elenco prioritário de agravos relacionados ao trabalho na listagem nacional de agravos de notificação compulsória; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIV)

XV - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XV)

Art. 12. À direção estadual do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12)

I - coordenar, em âmbito estadual, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, II)

III - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros, para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CES; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IV)

V - apoiar tecnicamente e atuar de forma integrada com as secretarias municipais de saúde na implementação das ações de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, V)

VI - organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, os mecanismos e os fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VI)

VII - realizar a pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VII)

VIII - monitorar, em conjunto com as secretarias municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IX)

X - garantir a implementação, nos serviços públicos e privados, da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como do registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados nos municípios, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento desta Política; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, X)

XI - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XI)

XII - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas técnicas pertinentes à sua esfera de competência, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XII)

XIII - promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS, inclusive na forma de educação continuada, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIII)

XIV - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIV)

XV - definir e executar projetos especiais em questões de interesse locorregional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XV)

XVI - promover, no âmbito estadual, a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XVI)

Art. 13. Compete aos gestores municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13)

I - executar as ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, I)

II - coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, II)

III - conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, III)

IV - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IV)

V - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, V)

VI - constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VI)

VII - participar, em conjunto com o estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VII)

VIII - articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IX)

X - implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, X)

XI - instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XI)

XII - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XII)

XIII - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIII)

XIV - promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIV)

Seção II
Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14)

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, I)

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, II)

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, III)

§ 1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das secretarias municipais de saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 1º)

§ 2º Para as situações em que o município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 2º)

§ 3º O apoio matricial, de que trata o art. 14, II, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 3º)

Art. 15. As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15)

Parágrafo Único. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único)

I - a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, I)

II - a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, II)

CAPÍTULO V
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO V)

Art. 16. As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, III)

§ 1º O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador, nos moldes de uma atuação permanentemente articulada e sistêmica. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 2º)

Art. 17. A avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pelas três esferas de gestão do SUS, devem ser conduzidos considerando-se: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17)

I - a inserção de ações de saúde do trabalhador, considerando objetivos, diretrizes, metas e indicadores, no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, em cada esfera de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, I)

II - a definição de que as ações de saúde do trabalhador, em cada esfera de gestão, devem expressar com clareza e transparência, os mecanismos e as fontes de financiamento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, II)

III - o estabelecimento de investimentos nas ações de vigilância, no desenvolvimento de ações na Atenção Primária em Saúde e na regionalização como eixos prioritários para a aplicação dos recursos de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, III)

IV - a definição de interlocutor para o tema saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IV)

V - a inclusão na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) de ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, V)

VI - a produção de protocolos, de linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, de acordo com os níveis de organização da vigilância e atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VI)

VII - a capacitação dos profissionais de saúde, visando à implementação dos protocolos, das linhas guias e das linhas de cuidado em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VII)

VIII - a definição dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, de acordo com as diretrizes clínicas, as linhas de cuidado pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), garantindo a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VIII)

IX - o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde do trabalhador pactuados, bem como o acompanhamento da evolução histórica e tendências dos indicadores de morbimortalidade, nas esferas municipal, micro e macrorregionais, estadual e nacional. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IX)

CAPÍTULO VI
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO VI)

Art. 18. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles voltados a cooperativas, da economia solidária e pequenos empreendimentos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, a serem inseridos nos pisos variáveis dos componentes de vigilância e promoção da saúde e da vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

ANEXO 1 DO ANEXO XV
Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Anexo 1)

ELEMENTOS INFORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Os elementos informativos consistem na apresentação de conceitos e contextualização de termos e conteúdos explicativos e conformadores da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Tem como finalidade precípua conferir caráter pedagógico e orientador à Política.

1. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao usuário para atendimento da integralidade que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, inclusive as de saúde do trabalhador, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS é objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

2. A participação da comunidade é um princípio fundante do SUS, estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tendo relevância e especificidades na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Partindo deste principio, a participação dos trabalhadores é essencial nos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras dos agravos relacionados ao trabalho. Cabe às diversas instâncias do SUS assumir como legítima a participação da sociedade nas decisões envolvendo as políticas de saúde do trabalhador, estabelecendo-se relações éticas entre os representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, gestores e a equipe de saúde. A garantia da participação da comunidade e do controle social na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das políticas, contribui para o fortalecimento do exercício da cidadania pela sociedade.

3. Deve-se, no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observar a diretriz organizativa da descentralização, o que requer a consolidação do papel do Município como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador em seu território, de acordo com as necessidades e características de suas populações.

4. No que toca à diretriz da hierarquização, a construção da atenção integral à saúde do trabalhador passa pela integração de todos os níveis de atuação do SUS, em função de sua complexidade e densidade tecnológica,

considerando sua organização em redes e sistemas solidários e compartilhados entre as três esferas de gestão e conforme a pactuação estadual e regional.

5. O direito à saúde constitui-se num direito social derivado do direito à vida, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução 217ª, III, da Assembleia Geral da ONU, 10/09/1948). No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um direito social (art. 6º) que decorre do princípio fundamental da dignidade humana (inciso III, art. 1º), cabendo ao Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196). Dessa forma, é dever do poder público prover as condições e as garantias para o exercício do direito individual e coletivo à saúde, com a ressalva de que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, parágrafo 2º da Lei Nº 8.080/90). A responsabilidade sanitária é comum às três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, e deve ser desempenhada por meio da formulação, financiamento e gestão de políticas de saúde que respondam às necessidades sanitárias, demográficas e sócio-culturais das populações e superem as iniquidades existentes. Nesse sentido, o caráter ético-político da ação sanitária em saúde do trabalhador compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e saúde. Refere-se ao compromisso ético, que devem assumir gestores e profissionais de saúde nas ações desenvolvidas, tanto no que diz respeito à dignidade dos trabalhadores, ao direito à informação fidedigna, ao sigilo, no que couber, das informações relativas ao seu estado de saúde e a sua individualidade, quanto em relação ao direito de conhecimento sobre o processo e os resultados das intervenções sanitárias, e de participação, inclusive na tomada de decisões.

6. A incorporação do princípio da precaução nas ações de saúde do trabalhador considera que, por precaução, medidas devem ser implantadas visando prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde. Busca, assim, prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros. Requer, na tomada de decisão em relação ao uso de determinadas tecnologias, que o ônus da prova científica passe a ser atribuído aos proponentes das atividades suspeitas de danos à saúde e ao ambiente.

7. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98). Apresenta como características gerais:

- O caráter transformador: a Vigilância em Saúde do Trabalhador constitui um processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica em assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Dessa maneira, a ação de VISAT deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

- A importância das ações de promoção, proteção e prevenção: partindo do entendimento de que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente preveníveis, esta Política deve fomentar a substituição de matérias primas, de tecnologias e de processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos. As práticas de intervenção em VISAT devem orientar-se pela priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva.

- Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber dos trabalhadores, necessários para o desenvolvimento da ação.

- Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

- Articulação intrasetorial: a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se articular com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde.

- Articulação intersetorial: deve ser compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

- Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas no âmbito da vigilância em saúde e com as universidades, os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

8. A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho. A articulação intra e intersetorial deve buscar a adoção de estratégias que viabilizem a inserção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nas políticas, públicas e privadas, mediante a garantia da participação do setor saúde/saúde do trabalhador na definição das políticas setoriais e intersetoriais. A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, e da população geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e

processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. A dignidade no trabalho refere-se à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais.

9. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, incluindo ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população. Cumpre ressaltar que esta Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como componente estruturante a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de forma articulada com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, especialmente, com a Atenção Primária à Saúde. A organização da atenção e o planejamento das ações de saúde do trabalhador devem contemplar as especificidades dos perfis das atividades produtivas e da população trabalhadora, considerando os problemas de saúde deles advindos, e sua distribuição nos territórios, em coerência à análise da situação de saúde dos trabalhadores.

10. Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde:

- Considerando que a vigilância em saúde do trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos, fica clara a existência de interfaces com os demais componentes da vigilância em saúde.

- Frequentemente os riscos advindos dos processos produtivos extrapolam os limites dos ambientes de trabalho e atingem, em maior ou menor grau, as comunidades e populações no entorno, ou até de locais mais distantes. Por outro lado, problemas de saúde, endemias e epidemias que atingem a população geral também afetam grupos de trabalhadores ou locais de trabalho específicos. Assim, pode-se observar certa superposição de ambientes, lugares e pessoas, que resultam na confluência de objetos e campos de atuação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e de saúde do trabalhador, incluindo o papel das redes, nacional e estadual, de laboratórios de saúde pública e dos setores responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das informações em saúde.

- O fortalecimento da capacidade de atuação e das competências técnicas e legais da vigilância em saúde do trabalhador e a integração das práticas entre as vigilâncias são, portanto, estratégicas para a obtenção de melhores resultados na proteção da saúde dos trabalhadores.

- Por outro lado, considerando a integralidade do cuidado e seu papel estruturante no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, cabe também à Atenção Primária à Saúde o desenvolvimento de ações de VISAT, em seu âmbito de atuação e complexidade, e conforme o perfil produtivo e da população trabalhadora em seu território. Para viabilizar essas ações é fundamental a integração das vigilâncias com a Atenção Primária à Saúde.

- A nova política nacional de atenção básica preconiza a inserção de profissionais especializados como uma possibilidade de apoio matricial a ser desenvolvido pelo NASF, conforme sua nova regulamentação, o que demanda a articulação entre as equipes técnicas envolvidas nas ações de saúde do trabalhador.

11. Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores: o conhecimento da situação de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção e sistematização das informações existentes em diversas fontes de dados e de interesse para o desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador, envolvendo o conhecimento sobre o perfil das atividades produtivas, da população trabalhadora, a realidade do mundo do trabalho, e a análise do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e de outros indicadores sociais, nos territórios. A análise da situação de saúde dos trabalhadores visa subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores nas diversas esferas de gestão do SUS, assim como servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores e da população. Além disso, deve subsidiar a permanente avaliação das políticas públicas e privadas, das empresas, dos trabalhadores e seus sindicatos, contribuindo inclusive na revisão, atualização e proposição de normas técnicas e legais. Para tal, as informações devem ser oportunas, fidedignas, inteligíveis e de fácil acesso.

12. Considerando o princípio de que a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo em que estes níveis de atenção se estabelecem com a lógica operacional da hierarquização e da regionalização, deve-se buscar o seu funcionamento enquanto rede solidária, resolutiva e de compartilhamento de saberes, práticas e de produção de conhecimento.

13. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária em Saúde (APS):

A Atenção Primária em Saúde é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme consta na Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Neste sentido, as equipes da APS e de saúde do trabalhador devem atuar de forma articulada para garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A ação da APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Assim, cabe à APS considerar sempre que os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares.

14. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Urgência e Emergência:

Os pontos de atenção às urgências e emergências constituem lócus privilegiado para a identificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, incluindo as intoxicações exógenas, assim como para o devido encaminhamento das informações aos setores de vigilância em saúde (e vigilância em saúde do trabalhador). Dada a frequência e gravidade desses casos, que são de notificação compulsória, aumenta a importância estratégica deste nível de atenção à saúde do SUS, possibilitando, a partir da notificação, o desencadeamento de medidas de prevenção e controle nos ambientes e locais de trabalho. Desse modo, a articulação desta Política com a Política Nacional de Urgência e Emergência e com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e seus desdobramentos nos estados e municípios, são estratégicos para a garantia da integralidade da atenção à saúde do trabalhador.

15. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar):

Considerando a lógica operacional da hierarquização e da regionalização das ações e serviços de saúde, os pontos de atenção especializada são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região.

16. Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial:

- A atuação intersetorial é pressuposto constituinte da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e condição para a obtenção de impactos positivos na intervenção nos determinantes das condições de saúde e trabalho.

- Deve ser entendida como a "... articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, saberes, poderes e vontades, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população". (Rede Unida)

- Sua prática possibilita o estabelecimento de estratégias de planejamento conjunto e articulado entre as políticas públicas, de modo a garantir a transversalidade das questões de saúde do trabalhador, de forma complementar, cooperativa e solidária.

- A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre diferentes esferas de governo - federal, estadual e municipal, que atuam na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas, públicas e privadas, que possam ter impacto sobre a saúde da população. Nos estados e municípios envolve órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, estruturas derivadas dos ministérios que atuam nas regiões, tais como Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTE), Superintendências Regionais do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e unidades descentralizadas da Fundacentro, Ministério Público, universidades, centros de pesquisas, entre outros.

17. Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social:

- O fortalecimento e a ampliação da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, na formulação, no planejamento, na gestão e no desenvolvimento das políticas e das ações em saúde do trabalhador, devem considerar as configurações do mundo do trabalho, as mudanças nos processos produtivos e na estrutura sindical, e o crescimento das relações informais e precárias de trabalho.

- Isso requer a busca de alternativas para a ampliação da representação dos trabalhadores nas instâncias de participação e controle social. Dessa forma, além dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e suas organizações sindicais, sugerem-se esforços que equacionem a participação de outras representações sociais que congreguem os trabalhadores de setores da economia informal, de produção agrícola, pescadores, comunidades tradicionais, trabalhadores rurais sem terra, quilombolas, trabalhadores autônomos e outros; dos empregadores; de grupos sociais e movimentos ambientalistas; com vistas à identificação de soluções e compromissos que favoreçam a promoção e a proteção da saúde de todos os trabalhadores.

- A participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social em saúde do trabalhador deve ser concebida como parte do controle social do SUS e deve estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

18. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

- A capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador tem importância estratégica na operacionalização desta Política. Esta qualificação deverá considerar a necessidade de harmonização dos conceitos e valores, e de mudanças nos processos de trabalho e nas práticas de saúde das equipes multiprofissionais nas três esferas de gestão do SUS, de modo a operar efetivamente como redes de atenção solidárias e compartilhadas e na perspectiva de viabilização de apoio institucional e matricial.

- Esse processo - abrangendo as esferas cognitivas e das competências, habilidades e atitudes - deverá proporcionar a preparação de profissionais, em quantidade suficiente, envolvendo a qualificação nas dimensões da gestão, planejamento e acompanhamento, da vigilância de agravos e dos ambientes e processos de trabalho, da assistência (diagnóstico, tratamento e reabilitação), da produção de informações e comunicação em saúde e da organização dos serviços. Entre as habilidades a serem incentivadas, figura a de permanente diálogo com as demais instituições responsáveis pelas ações de saúde dos trabalhadores, os trabalhadores e os empregadores, para que se efetive o controle social.

19. Garantia do financiamento das ações de saúde do trabalhador

- O financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, conforme o disposto na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990. Por isso, o desenvolvimento da PNST no SUS deve ser garantido através das fontes de financiamento do próprio sistema de saúde, devendo ser contemplada de modo adequado e permanente nos orçamentos de saúde da União, Estados, Municípios e DF, além de outras fontes.

- As ações de saúde do trabalhador, a serem desenvolvidas conforme esta Política e as políticas estadual e municipal de saúde, deverão contar com a respectiva previsão orçamentária, definida nos planos e nas programações

anuais de saúde, nas três esferas de gestão do SUS.

- Para a garantia do financiamento, as ações de promoção e vigilância, de atenção à saúde do trabalhador, de educação permanente, entre outras, devem ser incluídas nos planos de saúde com especificação das respectivas necessidades orçamentárias e financeiras em cada um dos blocos de financiamento do SUS, conforme legislação específica, uma vez que as ações de saúde do trabalhador devem ser executadas por todos os pontos da rede, conforme a complexidade e densidade tecnológica de cada uma delas.

ANEXO XVI

Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (Origem: PRT MS/GM 122/2012)

Art. 1º Fica aprovado o regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

Art. 2º Ficam definidas as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 3º As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º)

§ 1º As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º As eCR utilizarão, quando necessário, as instalações das UBS do território. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 4º As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1029/2014)

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I)

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, a)

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, b)

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II)

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, a)

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, b)

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, III)

Art. 5º As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º)

I - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, I)

II - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, II)

III - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, III)

IV - terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IV)

V - médico; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, V)

VI - agente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VI)

VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VII)

VIII - técnico em saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VIII)

IX - cirurgião dentista; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

X - profissional/professor de educação física; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, X) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

XI - profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, XI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

§ 1º Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de 2 (dois) profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 3º As equipes de saúde da família que atendam pessoas em situação de rua poderão ter sua habilitação modificada para eCR, respeitados os parâmetros de adstrição de clientela e de composição profissional previstos para cada modalidade. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 4º No caso do § 3º, as eCR poderão ser contabilizadas no numero de equipes matriciadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 5º O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 6º Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 7º Os agentes sociais exercerão as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º)

I - trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, I)

II - realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas); (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, II)

III - dispensação de insumos de proteção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, III)

IV - encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, IV)

V - acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, V)

§ 8º Os agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 8º)

§ 9º O técnico em saúde bucal da eCR será supervisionado por um cirurgião-dentista vinculado a uma Equipe de Saúde da Família (ESF) ou a outra equipe de atenção básica da área correspondente à área de atuação da eCR ou da UBS mais próxima da área de atuação, conforme definição do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 9º)

§ 10. A equipe de que trata o §9º também será responsável pelo atendimento da população e pela programação de atividades em conjunto com o técnico em saúde bucal da eCR. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 10)

§ 11. A supervisão do cirurgião-dentista, de que trata o § 9º, direta ou indireta, será obrigatória em todas as atividades realizadas pelo técnico em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 11)

§ 12. As equipes dos Consultórios na Rua, Modalidade III ou Modalidade II, que tenham perdido 1 (um) ou mais profissionais por um período superior a 60 (sessenta) dias, serão consideradas, temporariamente, para fins de repasse financeiro, como Modalidade II ou Modalidade I, de acordo com os seguintes critérios a serem observados no SCNES: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1922/2013)

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade I, sendo a mesma composta por 2 (dois) profissionais de nível superior e 2 (dois) profissionais de nível médio; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, a)

II - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 180 (cento e oitenta) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade II, sendo a mesma composta por 3 (três) profissionais de nível superior e 3 (três) profissionais de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, b)

Parágrafo Único. O horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º As eCR cumprirão carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ressalvada a possibilidade das equipes enquadradas na Modalidade III optarem por profissional médico com carga horária semanal de 30 (trinta) horas ou por 2 (dois) médicos com carga horária de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1922/2013)

Art. 7º Para cálculo do número máximo de eCR financiados pelo Ministério da Saúde por Município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficias e reconhecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º)

§ 1º O número de eCR por município será publicado em portaria específica da SAS/MS, de acordo com os censos populacionais vigentes relacionados à população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O parâmetro adotado será de uma eCR a cada 80 (oitenta) a 1.000 (um mil) pessoas em situação de rua, conforme faixas estabelecidas no Anexo 1 do Anexo XVI . (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 2º)

Art. 8º As eCR terão acesso a processos de educação permanente, contemplando-se, dentre outros, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 7º)

Art. 9º O gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da eCR, para viabilizar o cuidado presencial para a população de rua, consoante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º)

Parágrafo Único. O veículo destinado ao deslocamento da eCR deverá manter a identificação visual e o grafismo da eCR, de acordo com o padrão pactuado nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. Para implantação, credenciamento e liberação do financiamento das eCR, os municípios e o Distrito Federal seguirão os processos descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para implantação das Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 10)

Art. 11. O Ministério da Saúde publicará manual e documentos de apoio com vistas a auxiliar a implementação das eCR, disponibilizando-os no endereço eletrônico dab.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 11)

CAPÍTULO II
DOS CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR) POR MUNICÍPIO

Art. 12. Este Capítulo define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 1º)

Art. 13. Para o cálculo do número máximo de eCR por município serão considerados os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º)

I - para municípios com população de 100.000 (cem mil) a 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo DAB/SAS/MS; e (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, I)

II - para os municípios com população superior 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, de 2008, e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos, em 2011. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, II)

Parágrafo Único. Os municípios com população inferior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão ser contemplados com eCR, desde que comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 14. Os 92 (noventa e dois) Consultórios de Rua existentes no País quando da publicação da Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, não serão considerados para efeito da contagem do número máximo de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. Nos municípios onde houver Consultório de Rua, ele será somado ao número máximo de eCR obtido pelo cálculo definido neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 15. Observados os critérios de cálculo estabelecidos neste Capítulo, a relação completa do número máximo de eCR admitido por município será publicada no endereço eletrônico do DAB/SAS/MS, em www.saude.gov.br/dab. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO III
DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Art. 16. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, com a seguinte composição de representantes titulares: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º)

I - representantes de órgãos e entidades públicas: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I)

a) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, a)

b) 3 (três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, b)

c) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, c)

d) 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, e)

f) 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, f)

II - representantes de entidades da Sociedade Civil Organizada: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II)

a) 3 (três) representantes do Movimento Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, a)

b) 2 (dois) representantes da Organização Médicos Sem Fronteiras, no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, b)

c) 2 (dois) representantes da Pastoral Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, c)

d) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, d)

e) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, e)

Art. 17. Constituem atribuições do Comitê Técnico de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º)

I - propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, II)

III - elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, III)

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, IV)

V - colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, V)

§ 1º A coordenação do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo será realizada pelo representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e, na sua ausência ou impedimentos eventuais, por seu suplente. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance de seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A designação dos componentes do Comitê, titulares e respectivos suplentes, será feita mediante ato do titular da SGEP/MS, após a indicação dos órgãos e entidades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 3º)

Art. 18. As reuniões ordinárias ocorrerão com frequência mínima de 3 (três) vezes ao ano. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 3º)

Art. 19. Os componentes do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo não receberão nenhuma remuneração para o seu exercício, sendo considerado trabalho de relevante interesse social. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 4º)

Art. 20. O Comitê definirá, em sua primeira reunião, o cronograma de trabalho e sua agenda de atividades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 5º)

ANEXO 1 DO ANEXO XVI

Número de Consultórios de Rua por Cidade (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 1)

Número de Consultórios de Rua por Cidade

Região	Estado	Município	nº CR
CENTRO OESTE	DF	Brasília	3
	GO	Anápolis	1
		Aparecida de Goiânia	1
		Goiânia	4
	MG	Cuiabá	1
	MT	Várzea Grande	1
	MS	Corumbá	1
		Ponta Porã	1
NORTE	AC	Rio Branco	1
	AM	Manacapuru	1
		Manaus	1
	AP	Macapá	1
	PA	Belém	1
		Santarém	1
	RO	Porto Velho	1
NORDESTE	AL	Maceió	4
	BA	Salvador	4
	CE	Fortaleza	3
	MA	Imperatriz	1
	PB	Campina Grande	1
		João Pessoa	2

	PE	Camaragibe	1
		Olinda	1
		Paulista	1
		Recife	1
	PI	Teresina	1
	RN	Natal	1
SUDESTE	ES	Serra	1
		Vila Velha	1
		Vitória	1
	MG	Barbacena	1
		Belo Horizonte	2
		Janaúba	1
		Juiz de Fora	1
		Montes Claros	1
		Uberaba	1
		Uberlândia	1
	RJ	Duque de Caxias	1
		Itaboraí	1
		Macaé	1
		Niterói	1
		Nova Iguaçu	1
		Resende	1
		Rio de Janeiro	2
	SP	Campinas	2
		Diadema	2
		Embu	1
		Guarulhos	2
		Jundiaí	1
		Osasco	1
		Ribeirão Preto	1
		Santos	1
		São Bernardo do Campo	1
		São José do Rio Preto	1
		São José dos Campos	1
		São Paulo	2
		Sorocaba	1
		Suzano	1
SUL	PR	Cascavel	1
		Curitiba	1
		Maringá	1
	RS	Caxias do Sul	1
		Pelotas	1
		Porto Alegre	2
		Uruguaiana	1
		Viamão	1
	SC	Blumenau	1
		Criciúma	1
		Florianópolis	1
		Joinville	1
TOTAL			92

ANEXO 2 DO ANEXO XVI

Número de equipes em função da população em situação de rua (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 2)

Número de equipes em função da população em situação de rua

FAIXA	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	N° DE EQUIPES
1	80 - 1000	1
2	1001 - 2000	2

3	2001 - 3000	3
4	3001- 4000	4
5	4001- 5000	5
6	5001- 6000	6
7	6001- 7000	7
8	7001- 8000	8
9	8001- 9000	9
10	9001- 10000	10
11	10001 -11000	11
12	11001 -12000	12
13	12001 - 13000	13
14	13001 - 14000	14
15	14001- 15000	15
16	15001 - 16000	16

ANEXO XVII

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Origem: PRT MS/GM 1082/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Este Anexo define as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 1º)

Art. 2º Para fins do disposto neste Anexo, consideram-se as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º)

I - adolescente em conflito com a lei: aquele que cometeu algum ato infracional e que cumpre medida socioeducativa em meio aberto ou fechado, em situação de privação de liberdade, conforme definido na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, I)

II - medida socioeducativa em meio aberto: aquela cumprida na forma de prestação de serviço à comunidade e de liberdade assistida, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, II)

III - privação de liberdade: cumprimento de medida socioeducativa de internação, de internação provisória e de semiliberdade, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, III)

IV - Plano Operativo: documento que tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, descrevendo-se as atribuições e compromissos entre as esferas estadual e municipal de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, IV)

V - Plano de Ação Anual: documento elaborado anualmente que contém os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, V)

Art. 3º A execução de medidas socioeducativas privativas de liberdade é de responsabilidade da Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, cabendo às Secretarias Municipais de Assistência Social as medidas em meio aberto. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º Ao adolescente em conflito com a lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, será garantida a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 4º)

Seção I

Dos Princípios
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º A organização das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será realizada de acordo com os seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º)

I - respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, I)

II - enfrentamento ao estigma e preconceito; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, II)

III - respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, III)

IV - garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, IV)

V - reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, V)

VI - atenção humanizada e de qualidade a esta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VI)

VII - permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VIII)

VIII - organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VII)

Seção II
Dos Objetivos
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º A PNAISARI tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 6º)

Art. 7º São objetivos específicos da PNAISARI: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º)

I - ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, I)

II - estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, II)

III - incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), de modo a atender as complexas necessidades desta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, III)

IV - promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, IV)

V - garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, V)

VI - priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VI)

VII - promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VII)

Seção III
Da Organização
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados os seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º)

I - promoção da saúde e prevenção de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, I)

II - ações de assistência e reabilitação da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, II)

III - educação permanente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, III)

Art. 9º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º)

I - o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, I)

II - a saúde sexual e a saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, II)

III - a saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, III)

IV - a saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, IV)

V - a prevenção ao uso de álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, V)

VI - a prevenção e controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VI)

VII - a educação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VII)

VIII - os direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VIII)

Art. 10. A atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será organizada e estruturada na Rede de Atenção à Saúde, garantindo-se: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10)

I - na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I)

a) as principais ações relacionadas à promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, a)

b) as ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com foco na ampla garantia de direitos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, b)

c) o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, c)

d) o aleitamento materno junto às adolescentes, sobretudo às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, d)

e) os cuidados de saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, e)

f) o desenvolvimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, f)

g) a articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, g)

h) o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, h)

II - na Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II)

a) o acesso à assistência de média e alta complexidade na rede de atenção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, a)

b) a implementação de estratégias para promoção de cuidados adequadas nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar, considerando-se as especificidades de abordagem desta clientela e os agravos decorrentes da institucionalização; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, b)

c) o acesso aos cuidados em saúde nos pontos de atenção da Rede de urgência e Emergência, de modo a preservar suas especificidades; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, c)

d) acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade, para atenção aos adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o oferecimento de suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, respeitando-se as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os acolhendo em regime de curta permanência. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, d)

§ 1º Todos os pontos da rede de atenção à saúde devem garantir aos adolescentes em conflito com a Lei, segundo suas necessidades, o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º A Atenção Básica tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a Lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e devem realizar essa atenção com base territorial. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO III

DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III)

Art. 11. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, ou seja, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, em função de suas características peculiares de maior vulnerabilidade, seguirá critérios e normas específicos constantes deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 11)

Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12)

§ 1º Todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica, conforme atribuições constantes do Anexo 1 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 2º)

§ 3º Toda equipe de saúde existente dentro de unidade socioeducativa será cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 3º)

Art. 13. Para a atenção em saúde mental de adolescentes em situação de privação de liberdade, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência para esta população poderá ser acrescida de: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13)

I - 1 (um) profissional de saúde mental, para atenção à unidade socioeducativa com população até 40 (quarenta) adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, I)

II - 2 (dois) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população entre 41 (quarenta e um) e 90 (noventa) adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, II)

III - 3 (três) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população, excepcionalmente, acima de 90 (noventa) adolescentes. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, III)

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, compreende-se como profissionais de saúde mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 1º)

§ 2º As equipes de Atenção Básica, sempre que possível, serão multiprofissionais, compondo-se com pelo menos 1 (um) psicólogo ou médico psiquiatra em cada equipe de saúde da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º Os profissionais de saúde mental que compuserem as equipes de saúde da Atenção Básica responsáveis pelas ações de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade deverão ser cadastrados no SCNES da equipe de saúde da Atenção Básica de referência, com possibilidade de serem vinculados ao NASF. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 3º)

Seção I
Das Atribuições da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 14. A implementação da atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade ocorrerá com a participação conjunta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios onde se localizar a unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14)

Parágrafo Único. Os entes federativos mencionados no "caput" incluirão a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade nos seus respectivos planejamentos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. A Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizarem as unidades socioeducativas, em conjunto e em articulação com a Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, organizarão o provimento de ações contínuas para a atenção à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade na Rede de Atenção existente e conforme diretrizes contidas no Capítulo V da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sinase. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 15)

Art. 16. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16)

I - coordenar e apoiar a implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, I)

II - participar do financiamento tripartite para a atenção integral à saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica aos estados, Distrito Federal e municípios no processo de discussão e implementação dos Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, III)

IV - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base os Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, IV)

V - elaborar e disponibilizar diretrizes assistenciais a serem implementadas pelas unidades do sistema socioeducativo e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, V)

VI - padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VI)

VII - apoiar tecnicamente o Ministério dos Direitos Humanos no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação, compreendendo-se instalações físicas e equipamentos; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VII)

VIII - elaborar conteúdos mínimos de capacitação dos profissionais das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, das redes de saúde e intersetoriais no âmbito da educação permanente a ser disponibilizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete aos Estados, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17)

I - apoiar os municípios na implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, I)

II - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, II)

III - apoiar e participar da elaboração e execução dos Planos Operativos e Planos de Ação Municipais, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII , em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, III)

IV - inserir no seu planejamento anual e no Plano Estadual de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IV)

V - apoiar e incentivar a inserção da população adolescente em conflito com a lei e a privada de liberdade nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Estado e municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, V)

VI - apoiar tecnicamente o desenvolvimento das ações previstas no Plano de Ação Anual dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VI)

VII - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VII)

VIII - participar da organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade em parceria com a gestão municipal de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VIII)

IX - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IX)

X - prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos e Planos de Ação Anuais; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, X)

XI - monitorar e avaliar a implementação das ações constantes no Plano de Ação Anual em conjunto com os Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, XI)

Art. 18. Compete aos Municípios, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18)

I - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, I)

II - elaborar e executar o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII , em parceria com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, II)

III - inserir no seu planejamento anual e no Plano Municipal de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, III)

IV - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IV)

V - inserir a população adolescente em conflito com a lei nos programas e políticas da saúde promovidas pelo município; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, V)

VI - garantir o abastecimento de medicamento e insumos de acordo com a com as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e e Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VI)

VII - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VII)

VIII - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VIII)

IX - participar da elaboração de diretrizes assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias de medidas socioeducativas e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IX)

X - inserir os adolescentes no processo de Cadastramento dos Usuários do SUS do município. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, X)

Art. 19. Ao Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, competem os direitos e obrigações reservados às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 19)

Art. 20. O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo, previstos na Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20)

Parágrafo Único. O Plano Operativo de que trata o "caput" tem prazo de validade de 4 (quatro) anos, e deve, ao final deste período, ser reapresentado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente e à Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ/DAPES/SAS/MS), nos moldes dispostos no Anexo 2 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 21. O Plano de Ação Anual deve ser apresentado por cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual de que trata o "caput" deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. A Secretaria de Saúde dos Estados, em casos excepcionais, poderá elaborar Plano Operativo e assumir a gestão das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade de Município localizado em seu território, mediante pactuação na CIB. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 22)

Seção II

Das Atribuições do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 23. Compete ao GTI instituído no âmbito do estado ou do município: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23)

I - a elaboração de Plano Operativo, conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, I)

II - a elaboração de Plano de Ação Anual, com definição das ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, II)

III - o acompanhamento e monitoramento da efetiva implementação da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, III)

IV - realização de diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, IV)

§ 1º Poderão integrar o GTI de que trata o "caput" representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º)

I - Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, a)

II - Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, b)

III - Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo em âmbito local; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, c)

IV - unidades socioeducativas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, d)

V - outras instituições e conselhos estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, e)

§ 2º Constará no Plano Operativo a indicação da Secretaria de Saúde do ente federativo responsável pela gestão das ações de saúde para os adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 2º)

§ 3º Dar-se-á ciência do Plano Operativo ao Conselho de Saúde e à CIB ou, quando for o caso, a Comissão Intergestores Regional (CIR). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 3º)

§ 4º O Plano Operativo deverá ser aprovado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 4º)

§ 5º A elaboração do Plano de Ação Anual deverá conter as ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 5º)

Seção III
Do Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 24. O ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade fará jus a incentivo financeiro de custeio, que será instituído e pago pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento dessas ações junto às unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de custeio de que trata o "caput" será instituído e regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde e repassado em parcelas mensais e iguais pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 25. Para habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para os entes federativos responsáveis pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, o ente federativo interessado deverá atender às disposições do Anexo XVII, que redefine a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), e apresentar à CGSAJ/DAPES/SAS/MS os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º)

I - Plano Operativo elaborado conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; e (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, I)

II - Plano de Ação Anual elaborado conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, II)

§ 1º O Plano Operativo de que trata o inciso I do caput deverá ser encaminhado à CIB e, quando couber, à CIR para ciência, e aprovado pelo Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, antes de ser enviado à CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os documentos de que tratam este artigo deverão ser encaminhados à CGSAJ/DAPES/SAS/MS por meio físico, pelos correios. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Plano Operativo e o Plano de Ação Anual serão documentos orientadores para a execução das fases de implementação da PNAISARI, assim como para o repasse de recursos, monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 3º)

Art. 26. A CGSAJ/DAPES/SAS/MS avaliará se a documentação de que trata o art. 25, encaminhada pelo ente federativo interessado, está correta e atende as exigências da PNAISARI, podendo aprova-la ou não. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Aprovada a documentação de que trata o "caput", será publicado ato específico do Ministro de Estado da Saúde com a relação dos entes federativos contemplados, as unidades socioeducativas beneficiadas e os valores que serão repassados mensalmente para cada unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 27. O monitoramento e a avaliação da implementação da PNAISARI serão realizados por meio de sistemas de informação oficiais da saúde e do Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" serão realizados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25, Parágrafo Único)

Art. 28. O monitoramento e avaliação da implantação e implementação da PNAISARI serão realizados pelo controle das equipes de saúde de referência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pelo acompanhamento do Plano de Ação Anual e visitas técnicas "in loco", além de outros instrumentos que serão construídos pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º)

§ 1º O repasse do incentivo financeiro de custeio será suspenso nos casos em for constatada equipe de referência incompleta, pela ausência de profissional médico, enfermeiro, cirurgião dentista e/ou de saúde mental, por período superior a 60 (sessenta) dias. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O repasse do incentivo financeiro de custeio também será suspenso caso sejam constatadas outras irregularidades na implantação e implementação da PNAISARI, a critério da CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A suspensão de que trata os §§ 1º e 2º será mantida até a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 3º)

Art. 29. O monitoramento da implantação e implementação da PNAISARI não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 6º)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO V)

Art. 30. Os casos não previstos neste Anexo, relativos à atenção à saúde em favor dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, serão analisados pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 26)

Art. 31. As ações de saúde previstas neste Anexo serão integrados aos Planos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, observada a legislação local específica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 27)

ANEXO 1 DO ANEXO XVII
Atribuições das Equipes de Referência em Saúde e Responsabilidades Setoriais Interfederativas (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 1)

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA EM SAÚDE E RESPONDABILIDADES SETORIAIS INTERFEDERATIVAS

1. Atribuições das equipes de referência em saúde

As equipes de referência em saúde preconizadas nesta Portaria integram a organização da Atenção Básica no SUS. Além de cumprir os princípios constitucionais e legais, a opção decorre do fato de que as Equipes de Atenção Básica detêm responsabilidade sanitária pela população residente nas unidades socioeducativas do seu território adstrito.

As equipes de referência devem seguir as atribuições indicadas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011).

Nesse sentido, ainda que haja equipe de saúde lotada e atuando somente dentro da unidade socioeducativa, é de fundamental importância que se garanta uma referência na rede de atenção à saúde pública externa a fim de garantir, mesmo de forma complementar, a realização de ações coletivas de promoção e de educação em saúde na lógica do SUS.

Essa estratégia favorece a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade e atende aos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente de incompletude institucional e reinserção social dos adolescentes em situação de privação de liberdade.

O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes deve fazer parte do Plano Individual de Atendimento (PIA), que deve ser acompanhado e avaliado periodicamente pela equipe multidisciplinar que os acompanha.

Ao compor o PIA, dados relativos às ações e avaliações em saúde desenvolvidas ou matriciadas pela equipe responsável também serão a base para os relatórios encaminhados ao juiz de execuções, bem como as suas modificações, que subsidiarão as decisões judiciais.

É importante, ainda, que a equipe de referência em saúde acompanhe a implementação das proposições do SINASE, que afetam direta e indiretamente a qualidade de vida e a produção de saúde da população.

1.1 Das atribuições específicas e do processo de trabalho dos profissionais de Saúde Mental

Os profissionais de saúde mental que integrarão as equipes de saúde de referência para o socioeducativo têm papel estratégico na garantia da produção de saúde dos adolescentes dessas instituições.

A inclusão de profissionais de saúde mental para atuarem junto às equipes de saúde se justifica em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização, da necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e da demanda de acompanhamento psicossocial, conforme indicação dada pelos arts. 60 e 64 da Lei nº 12.594, de 18/01/2012.

Sabe-se que nos contextos de privação de liberdade é comum a existência de problemas que afetam a saúde mental em diversas ordens, inclusive com relação ao uso de álcool e outras drogas. É importante esclarecer que isso não implica necessariamente na ocorrência de transtornos mentais, mas de um sofrimento psíquico que pode ser mais ou menos intenso em virtude da própria privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros.

As tecnologias desenvolvidas no campo da saúde mental podem contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas. As chamadas "tecnologias leves" referem-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico.

Toda a lógica de trabalho dos profissionais de saúde mental integrantes das equipes responsáveis pelas ações de saúde elencadas nestas diretrizes é baseada na estratégia do matriciamento. Isso significa que esses profissionais não têm como prioridade o atendimento individual, ambulatorial, nem mesmo a realização de avaliações demandadas pelo Judiciário. Seu papel principal é o matriciamento das ações de saúde mental junto às equipes da saúde e do socioeducativo.

Por matriciamento entende-se: i) discussão de casos clínicos; ii) participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; iii) atendimento psicossocial conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; iv) colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; v) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; vi) realização de visitas domiciliares conjuntas.

São atribuições dos profissionais de saúde mental e da equipe de saúde:

1) Realização de análise da situação de saúde mental da população socioeducativa para o planejamento das intervenções;

2) Articulação das redes de saúde e intersetorial disponíveis no território para atenção à saúde mental dos adolescentes;

3) Avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento dos casos que dela necessitem na Rede de Atenção à Saúde;

4) Elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, em conjunto com a equipe de saúde responsável e a equipe do socioeducativo, a partir das demandas mais prevalentes;

5) Desenvolvimento de ações e articulação com a rede para atenção à saúde e cuidados com as equipes que atendem às unidades socioeducativas;

6) Fomento a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no sistema socioeducativo;

7) Incentivo a intervenções e discussões sobre a dinâmica institucional para a produção de saúde mental no sistema socioeducativo;

8) Contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

9) Provisão de subsídios para o Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente;

10) Promoção do seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes após o cumprimento da medida socioeducativa.

ANEXO 2 DO ANEXO XVII

Plano Operativo (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 2)

PLANO OPERATIVO

O Plano Operativo tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, média e alta complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória. Descreve as atribuições e compromissos entre as esferas municipal e estadual de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes.

O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. Tem prazo de 4 (quatro) anos, devendo, ao final deste período ser reapresentado nas instâncias previstas no art. 16, III desta Portaria. Posto isso, deve conter:

1. Apresentação

- Contextualização dos sistemas socioeducativo e de saúde para atenção a adolescentes e jovens no Município/Estado;

- Deve conter a média anual de adolescentes internados por unidade socioeducativa do Município/Estado;

- Indicação do Grupo de Trabalho intersetorial responsável pela elaboração do Plano Operativo.

2. Diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade

- Informações gerais sobre as condições de saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade socioeducativa, com indicação dos principais agravos encontrados;

- Diagnóstico sobre as condições sanitárias, de saneamento e outras estruturais que afetam a salubridade na unidade socioeducativa;

- Informações sobre a organização do serviço de saúde, no âmbito físico, de processos e procedimentos com descrição dos ambientes disponíveis na Unidade socioeducativa, se houver.

3. Coordenação das Ações de Saúde:

Descrição de como as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, em parceria com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo, irão coordenar o processo de implantação das diretrizes e de como pretendem gerir o Plano Operativo, com explicitação de competências e atribuições.

4. Equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde em cada unidade socioeducativa:

- Informações sobre a Rede de Atenção á Saúde disponível no território;

- Indicação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente à equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família, com Equipe de Saúde Bucal, de referência em saúde para cada unidade socioeducativa do município;

- Para o caso da equipe responsável ser do socioeducativo (atuação dentro das unidades): informações sobre a composição, carga horária e órgão responsável pelo contrato da equipe de saúde responsável pelo desenvolvimento do Plano de Ação nas unidades socioeducativas do município;

- Indicação do(s) profissional(is) de Saúde Mental que comporá(ão) a equipe de saúde de referência, com a(s) respectiva(s) carga horária.

- Indicação dos números do CNES referentes à unidade socioeducativa que possuir estabelecimento de saúde (código 109).

- Indicação do número atual de profissionais de saúde existentes em cada unidade socioeducativa.

5. Fluxo e contrafluxo do cuidado com adolescentes nos pontos de atenção à saúde

- Indicação dos serviços de Atenção Básica, média e alta complexidade que serão referências para a atenção integral aos adolescentes de cada unidade socioeducativa, respeitadas as pactuações de articulação e conectividade da Rede de Atenção à Saúde;

- Indicação da organização de fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

- Indicação de fluxos e compromissos intersetoriais para atenção à saúde mental de adolescentes;

- Quando necessário, podem ser considerados os serviços de saúde de referência da Região de Saúde pactuada por estados e municípios.

6. Assistência Farmacêutica e Insumos

- Estabelecimento dos fluxos de abastecimento de medicamentos e insumos destinados à atenção à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade. Programação para recebimento dos materiais;

- Indicação de responsabilidades e compromissos entre as esferas federativas para o suprimento das necessidades farmacêuticas;

- Fluxo para dispensação e administração de medicamentos.

7. Parcerias governamentais e não-governamentais previstas:

Apresentação das parcerias já existentes e as necessárias/fundamentais para a atenção à saúde integral de adolescentes em situação de privação de liberdade constantes no Plano de Ação, com as respectivas atribuições acordadas.

8. Financiamento:

Explicitação das participações de cada uma das Secretarias envolvidas e de outras instituições parceiras no financiamento para a realização do Plano de Ação e implementação das diretrizes:

9. Acompanhamento e Avaliação do Plano Operativo

- Descrição de como a Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, bem como as secretarias gestoras do sistema socioeducativo - por meio do grupo gestor - farão o acompanhamento e avaliação da atenção à saúde dos adolescentes;

- Indicação dos responsáveis pela coleta de informações e envio de dados consolidados, de acordo com o monitoramento proposto;

- Indicação de como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos de Saúde acompanharão a implementação do Plano Operativo.

ANEXO 3 DO ANEXO XVII
Plano de Ação (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 3)

PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação Anual deve conter os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação e internação provisória. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa.

Cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade deve elaborar e desenvolver um Plano de Ação anual.

O planejamento anual deve ter a participação, sempre que possível, das equipes responsáveis pela atenção à saúde dos adolescentes. Modelo de Plano de Ação

I) Identificação do Município;

II) Identificação das Unidades Socioeducativas (USE):

a) nome das USE;

b) média de adolescentes atendidos no último ano

c) Indicação das equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde (equipe de atenção básica - incluindo os profissionais de saúde mental - e equipe de saúde da USE, quando houver) em cada USE do município, com o respectivo número do CNES;

III) Indicação dos principais agravos de saúde dos adolescentes no ano anterior: diagnóstico situacional de saúde;

IV) Indicação das ações a serem desenvolvidas em todas as unidades:

Linhas de Ação	Ação	Meta	Responsável
A)	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial		
B)	Saúde Sexual e Saúde Reprodutivos		
C)	Saúde bucal		
D)	Saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas		
E)	Prevenção e Controle de agravos		
F)	Educação em Saúde		
G)	Direitos Humanos, Promoção da Cultura de Paz, prevenção de violências e assistência a vítimas		

V - Assinatura pelo gestor municipal/estadual de saúde e gestor do sistema socioeducativo

ANEXO XVIII

Regulamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014 (Origem: PRT MS/GM 482/2014)

Art. 1º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, observará o disposto neste Anexo.

CAPÍTULO I

DAS NORMAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP) NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 2º Ficam instituídas as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 1º)

Art. 3º Os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais serão conformados de acordo com a população prisional e o funcionamento dos serviços, classificando-se em 3 (três) faixas: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º)

I - unidades prisionais que contenham até 100 (cem) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 6 (seis) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, I)

II - unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 500 (quinhentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 20 (vinte) horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, II)

III - unidades prisionais que contenham de 501 (quinhentos e um) a 1200 (um mil e duzentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 30 (trinta) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Os serviços de saúde no sistema prisional observarão as normas sanitárias e de arquitetura penal vigentes. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 4º Os serviços de saúde de que trata o art. 3º serão prestados por equipes multiprofissionais, denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), constituídas nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º)

I - para unidades com até 100 (cem) custodiados: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I)

a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I, a)

b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I, b)

II - para unidades que mantêm entre 101 (cento e um) até 500 (quinhentos) custodiados: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II)

a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II, a)

b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II, b)

III - para unidades que mantêm entre 501 (quinhentos e um) até 1200 (um mil e duzentos) custodiados: Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, III)

§ 1º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I terá composição mínima de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º)

I - 1 (um) cirurgião-dentista; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, I)

II - 1 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, II)

III - 1 (um) médico; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, III)

IV - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, IV)

V - 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, V)

§ 2º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental terá a composição definida no § 1º deste artigo, acrescida no mínimo de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º)

I - 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, I)

II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, d)

e) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, e)

f) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, f)

§ 3º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II terá composição mínima de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º)

I - 1 (um) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, I)

II - 1 (um) cirurgião-dentista; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, II)

III - 1 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, III)

IV - 1 (um) médico; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, IV)

V - 1 (um) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, V)

VI - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, d)

e) nutrição; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, e)

f) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, f)

g) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, g)

§ 4º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental terá a composição definida no § 3º deste artigo, acrescida no mínimo de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º)

I - 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, I)

II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, d)

e) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, e)

f) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, f)

§ 5º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III terá a mesma composição da Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, definida no §4º deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 5º)

§ 6º A classificação dos serviços de saúde previstos no art. 3º, para cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), será consignada em ato específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 6º)

§ 7º Os profissionais das ESP serão cadastrados no SCNES com as seguintes cargas horárias: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º)

I - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo I e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental, cada profissional cumprirá 6 (seis) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, I)

II - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo II e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, II)

III - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo III, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, III)

§ 8º Para serviço de saúde que referencie população acima de 1200 (um mil e duzentos) custodiados, a Equipe de Saúde no Sistema Prisional Tipo III será acrescida de profissionais de acordo com o incremento do número de custodiados, observando-se os critérios do art. 3º e a composição apresentada no Anexo 2 do Anexo XVIII . (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 8º)

§ 9º Os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município em que estiver localizado o estabelecimento prisional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 9º)

§ 10. Poderão ser alocados profissionais da rede local do SUS para a composição de Serviços e das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), desde que devidamente cadastrados no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 10)

§ 11. Para a constituição de serviços de saúde que referenciem unidades prisionais com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade, a gestão e a assistência à saúde serão preferencialmente dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 11)

§ 12. Em unidades com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade que assistam preferencialmente pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, é recomendada a habilitação de Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II ou Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com saúde mental, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 12)

Art. 5º Uma vez aprovada a documentação apresentada, o Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico de habilitação com indicação do serviço de saúde e a(s) unidade(s) prisional(is) referenciada(s) do ente federativo apto ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal e o respectivo valor contemplado, segundo os parâmetros fixados nos Anexos VI, VII e VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 6º)

Art. 6º O monitoramento e a avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas pelas ESP dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 8º)

Parágrafo Único. O registro dos procedimentos das ações de saúde dos serviços será realizado no sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), quando estiver aderido/implantado nos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 7º O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima nos casos em que for constatada, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta e/ou da auditoria do Ministério da Saúde ou do Ministério da Justiça e Segurança Pública ou da Secretaria Estadual de Saúde ou da Secretaria Estadual de Justiça, ou órgão congênere, ou ainda dos órgãos de controle competentes ou órgãos de fiscalização e monitoramento no âmbito da justiça criminal, qualquer uma das seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º)

I - ausência, por um período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no art. 4º; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, I)

II - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, II)

III - ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da Saúde, por 90 (noventa) dias consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, III)

§ 1º A suspensão será mantida até que o gestor de saúde responsável informe ao Ministério da Saúde a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O gestor de saúde terá prazo máximo de 90 (noventa) dias consecutivos, após recebimento de notificação pela SAS/MS, para demonstrar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput". (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, o Ministério da Saúde, após verificar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput", providenciará o restabelecimento do repasse dos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 3º)

§ 4º Caso não demonstrada pelo gestor de saúde a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput", o Ministério da Saúde providenciará a desabilitação do serviço, por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 4º)

§ 5º O gestor de saúde poderá solicitar nova habilitação, a qualquer tempo, do serviço desabilitado, desde que cumpridas as exigências constantes nas normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 5º)

Art. 8º O monitoramento de que tratam as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 13)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS EM SAÚDE PRISIONAL

Art. 9º Fica instituído o Comitê de Especialistas em Saúde Prisional, de caráter consultivo, com a finalidade de assessorar as ações de saúde prisional. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 1º)

Art. 10. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional será composto por membros que representam os segmentos do poder público, da comunidade científica e da sociedade, oriundos de instituições públicas e privadas envolvidas em atividades de pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º)

§ 1º Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes ao Comitê, sendo que, na eventualidade de existência de conflito de interesses, os mesmos deverão abster-se de participar da discussão e deliberação sobre o tema. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê de Especialistas em Saúde Prisional terão mandato de 2 (dois) anos consecutivos, sendo que 1/3 (um terço) do total dos membros poderá ser reconduzido a mais um mandato. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A participação no Comitê de Especialistas em Saúde Prisional é considerada atividade de relevante interesse para o Ministério da Saúde e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 11. Compete ao Comitê de Especialistas em Saúde Prisional: (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º)

I - contribuir na formulação da política nacional de desenvolvimento científico e tecnológico, abrangendo o desenvolvimento de vacinas, microbicidas, medicamentos, insumos de prevenção, diagnóstico e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, I)

II - assessorar a Área de Saúde Prisional no acompanhamento, formulação, implementação e avaliação da sua agenda nacional de pesquisa, bem como nas estratégias de projetos específicos para o desenvolvimento tecnológico, de saúde mental, social, de educação para a saúde e de direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, II)

III - estimular a adequada incorporação dos resultados das pesquisas ao processo de tomada de decisão pelos diferentes níveis de governo, promovendo a melhoria da oferta e da qualidade dos serviços de saúde prisional, da reinserção social e dos direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, III)

IV - analisar e acompanhar projetos de pesquisa em áreas prioritárias e contribuir para a expansão da pesquisa nacional, a proteção aos direitos de propriedade intelectual e o respeito aos princípios éticos nos projetos submetidos à sua apreciação; e (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, IV)

V - contribuir para o fortalecimento da ética na pesquisa em estabelecimentos prisionais, conforme estabelecido em instrumentos normativos do Conselho Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, V)

Art. 12. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional será coordenado pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégias da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS) com o apoio do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e Segurança Pública (DEPEN/MJ), que terá as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º)

I - coordenar as reuniões do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, I)

II - indicar um técnico da área para desenvolver atividades necessárias ao funcionamento do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, II)

III - encaminhar atas e relatórios para apreciação do Secretário de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, III)

IV - submeter à apreciação Departamento de Ações Programáticas Estratégias/SAS/MS as recomendações oriundas das reuniões ordinárias e extraordinárias. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, IV)

Art. 13. Os membros do Comitê de Especialistas em Saúde Prisional serão designados por portaria específica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 5º)

Art. 14. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional reunir-se-á ordinariamente ou extraordinariamente, quando convocado pelo seu coordenador, com cronograma pactuado previamente entre os membros. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º)

§ 1º Os membros poderão deixar de integrá-lo a qualquer tempo a pedido do membro integrante ou a critério dos demais membros, mediante formalização da solicitação de desligamento feita pelo Coordenador do comitê ao DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional terá seu trabalho normatizado por Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º, § 2º)

Art. 15. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas em local a ser definido por decisão do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 7º)

CAPÍTULO III

DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 16. Fica instituído no âmbito do SUS, o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º)

§ 1º O serviço referido no "caput" é parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O serviço referido no "caput" é composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º, § 2º)

Art. 17. É considerada beneficiária do serviço consignado neste Capítulo a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 2º)

Art. 18. O Grupo Condutor Estadual, consignado na Portaria Interministerial nº 1/MS-MJ, de 2 de janeiro de 2014 que institui a PNAISP, deverá elaborar uma estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, e contribuir para a sua implementação. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 3º)

Parágrafo Único. Para a elaboração e implementação da estratégia estadual referida no "caput" desse artigo o Grupo Condutor Estadual deverá constituir comissão de trabalho específica podendo contar com a participação de representantes do Tribunal de Justiça, do Ministério Público Estadual, da Defensoria Pública Estadual, da Secretaria Estadual de Assistência Social ou congênere, de instâncias de controle social, em âmbito estadual, sendo preferencialmente dos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Políticas Sobre Drogas ou congênere e de Direitos Humanos ou congênere. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 19. A EAP tem por objetivo apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º)

I - realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei nº 10.216, de 2001, e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS); (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, I)

II - identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, II)

III - estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, III)

IV - contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, IV)

V - acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, V)

VI - apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, VI)

VII - contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, VII)

§ 1º Os procedimentos da EAP terão, preferencialmente, caráter de agendamento regulado e serão requisitados: pela Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local; pela equipe de saúde no sistema prisional (ESP); por determinação judicial; por requerimento apresentado pelo Ministério Público ou representante da pessoa beneficiária; por iniciativa dos serviços de referência para realização do PTS ou da própria EAP, desde que previamente acordado com as instâncias responsáveis pela custódia e/ou pela medida terapêutica destinada à pessoa a ser avaliada/acompanhada e com a devida comunicação à Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As avaliações decorrentes dos incidentes de insanidade mental deverão respeitar o caráter de urgência e as singularidades de cada caso, não podendo exceder a 30 (trinta) dias, a contar da data da sua instauração pelo judiciário. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Recomenda-se que o PTS seja elaborado pelo serviço de referência da rede, contando com subsídios da EAP, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e suas referências

familiares e comunitárias, visando à construção de correponsabilização no cuidado e o estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 3º)

§ 4º A EAP realizará um trabalho integrado com a área de atenção psicossocial da respectiva gestão e poderá articular-se com os Grupos de Monitoramento, e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs), no âmbito dos Tribunais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal, para identificação de pessoas com transtorno mental, em unidades de custódia, potencialmente destinatários de medidas terapêuticas, conhecimento dos aspectos jurídico-administrativos dos processos, para melhor integração das práticas inerentes à justiça criminal e à PNAISP e direcionamento de formas de atenção segundo as premissas consignadas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 4º)

§ 5º O encaminhamento do beneficiário ao serviço de referência, na RAS, observará o caráter de agendamento regulado, podendo ser também realizado emergencialmente, de acordo com necessidade definida pela EAP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 5º)

Art. 20. O serviço, com carga horária semanal mínima de 30 (trinta) horas, deve ser constituído por equipe interdisciplinar, composta por 5 (cinco) profissionais, e com as seguintes formações em nível superior: 1 (um) Enfermeiro; 1 (um) Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental; 1 (um) Psicólogo ; 1 (um) Assistente Social ; e 1 (um) profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, preferencialmente Educação, Terapia Ocupacional ou Sociologia. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 5º)

Art. 21. A coordenação do serviço disposta neste Capítulo é de responsabilidade do gestor estadual da saúde, podendo haver pactuações especificas nas instâncias colegiadas. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 6º)

Art. 22. O cadastramento do serviço consignado neste Capítulo e respectivos profissionais será realizado por meio do SCNES. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 7º)

Parágrafo Único. A classificação desse serviço, para cadastramento no CNES, será estabelecida em norma própria. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 23. Cabe ao gestor responsável pelo serviço ora disposto definir as condições de ambiência e organizacionais para que a EAP realize suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 8º)

Art. 24. Para habilitação do serviço disposto neste Capítulo, a unidade federativa proponente deve observar os seguintes critérios básicos: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º)

I - apresentar Termo de Adesão, de acordo com o modelo constante no Anexo 3 do Anexo XVIII ; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, I)

II - apresentar Plano de Ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, conforme modelo constante no Anexo 4 do Anexo XVIII ; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, II)

III - cadastrar o serviço e a equipe no CNES. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, III)

§ 1º O serviço poderá ser constituído em unidades federativas qualificadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) ou à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Estado ou Distrito Federal terá um prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da habilitação do seu primeiro serviço, para apresentação do Plano de Ação para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, § 2º)

Art. 25. A habilitação do serviço consignado neste Capítulo será promovida pelo Ministério da Saúde, com a publicação de portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 10)

Art. 26. Os procedimentos referentes ao serviço disposto nesta norma serão incluídos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e serão objeto de Portaria específica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 12)

Art. 27. O monitoramento e avaliação do serviço disposto nesta norma dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 13)

Art. 28. Para implantação e funcionamento do serviço disposto neste Capítulo, compete: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, orientar o processo de planejamento e implantação do serviço e da estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, bem como financiar, monitorar e avaliar cada serviço constituído; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, I)

II - ao estado ou Distrito Federal, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, propor a estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, fomentar e apoiar o funcionamento do Grupo Condutor da PNAISP, cofinanciar, gerir, monitorar e avaliar o serviço, bem como articular à RAS, do SUAS e demais programas de direitos de cidadania; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, II)

III - ao município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, propiciar a realização do projeto terapêutico singular endereçado ao seu território, articulando os dispositivos das redes de atenção à saúde sob sua gestão, da assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania sob sua responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, III)

ANEXO 1 DO ANEXO XVIII

Modelo de termo de habilitação dos serviços e equipes em saúde no sistem prisional (ESP) (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 4)

MODELO DE TERMO DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS E EQUIPES EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL (ESP)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS

MODELO DE TERMO DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS E EQUIPES EM SAÚDE NO SISTEM PRISIONAL (ESP)

A Secretaria Estadual de Saúde de _____, CNPJ_____, a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (ou congênere) de _____, CNPJ_____, e a Secretaria Municipal de Saúde de _____, CNPJ_____, (quando for o caso) solicitam habilitação do serviço para atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional, caracterizado a seguir:

a) População privada de liberdade referenciada pelo serviço:

NOME DA UNIDADE DE CUSTÓDIA/ENDEREÇO	PROVISÓRIOS		CONDENADOS A PENA DE PRISÃO		MEDIDAS DE SEGURANÇA		TOTAL	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
TOTAL								

b) Quantidade de Recursos Humanos disponíveis por unidade de saúde prisional referenciada: Nome da Unidade de Custódia: _____

ÁREA DE ATUAÇÃO	TOTAL
Médico	
Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental	
Cirurgião Dentista	
Assistente Social	
Psicólogo	
Enfermeiro	
Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem	
Técnico de Higiene Bucal/Auxiliar de Saúde Bucal	
Outros Profissionais de Nível superior (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico ou Enfermeiro)	
Demais trabalhadores em serviços penais/ segurança pública que atuam na(s) unidade(s) referenciada(s)	

Quando for o caso, acrescentar quadros referentes às outras unidades prisionais referenciadas pelo serviço a ser habilitado.

_____,___de _____ de 20__. (Local e data)

Secretaria Estadual de Saúde

Secretaria de Administração Penitenciária (ou assemelhado)

Secretaria Municipal de Saúde (quando for o caso)

ANEXO 2 DO ANEXO XVIII

Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 5)

Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados

População referenciada por um serviço	Quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo		
	I	II	III
1-100	1	0	0
101-500	0	1	0
501-1200	0	0	1
1201-1300	1	0	1
1301-1700	0	1	1
1701-2400	0	0	2
2401-2500	1	0	2
2501-2900	0	1	2

2901-3600	0	0	3
3601-3700	1	0	3
3701-4100	0	1	3
4101-4800	0	1	4
4801-4900	1	0	4
4901-5300	0	1	4
5301-6000	0	0	5
6001-6100	1	0	5
6101-6500	0	1	5
6501-7200	0	0	6
7201-7300	1	0	6
7301-7700	0	1	6
7701-8400	0	0	7
8401-8500	1	0	7
8501-8900	0	1	7
8901-9600	0	0	8

ANEXO 3 DO ANEXO XVIII

Termo de adesão para implantação do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Anexo 1)

TERMO DE ADESÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

O Estado _____ (ou Distrito Federal), por meio da Secretaria Estadual de Saúde, CNPJ nº. _____ com sede _____ _____CEP _____, pessoa jurídica de direito público interno, firma o presente Termo de Adesão para implantação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), sob o Código CNES _____, ativado em ___/____/_____, localizado em _____, assumindo os encargos e responsabilidades previstos na Portaria nº de de 2014, garantindo a seguinte abrangência sócio-territorial: __ Estadual __ Município (os) - especificar _____ Secretaria de Estado da Saúde

ANEXO 4 DO ANEXO XVIII

Plano de ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Anexo 2)

PLANO DE AÇÃO PARA ESTRATÉGIA PARA REDIRECIONAMENTO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

1.Problematização e contextualização - descrever, sinteticamente, a problemática pertinente ao sistema de justiça criminal e as pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, no estado ou Distrito Federal.

2.Caracterização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de assistência social e demais programas para garantia de direitos de cidadania, no estado ou Distrito Federal, e no território de abrangência de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei planejado.

3.Caracterização da comissão de trabalho específica instituída pelo Grupo Condutor Estadual consignado na Portaria nº de de 2014, conforme art. 3º desta portaria.

4.Os critérios de avaliação e acompanhamento levarão em consideração os seguintes indicadores:

INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO			
	1º semestre	2º semestre	3º semestre	4º semestre
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei atendidas pela EAP em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência.				
Proporção de Projetos Terapêuticos Singulares acompanhados, em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência				
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança sob cuidados do SUS em meio aberto em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança no território de referência.				
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei que cumpriam medidas de segurança em unidades do sistema de justiça criminal, efetivamente desinternadas, em relação ao número total no território de referência.				
Proporção de pareceres produzidos e acatados pelo sistema de justiça, em relação ao número de incidentes de insanidade mental				
Definir outros indicadores, de acordo com as singularidades locais				

5. Caracterização de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei a ser constituído:

a) endereço principal;

b) Caracterização da infraestrutura alocada para funcionamento; e

c) Descrição da forma de organização e gestão.

6. Programação da aplicação dos recursos do Incentivo federal e formas de financiamento participativo pelo estado ou Distrito Federal;

7. Cronograma de ações gerais para o biênio.

ANEXO XIX

Aprova a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Origem: PRT MS/GM 992/2009)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo 1 do Anexo XIX . (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Art. 1º)

Art. 2º A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) articulará no âmbito do Ministério Saúde, junto às suas Secretarias e seus órgãos vinculados, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação desta Política. (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Art. 2º)

Art. 3º Fica instituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2629/2014, Art. 1º)

Art. 4º Fica aprovado o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), nos termos do Anexo 2 do Anexo XIX . (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIX

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Capítulo I

DOS PRINCÍPIOS GERAIS

1. Princípios Gerais

A Constituição de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 1988, art. 194).

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1o, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4o, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5o, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (BRASIL, 1988, art. 3o, inc. IV).

Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, constantes da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso, compreendido como o "acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"; b) a integralidade da atenção, "entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema"; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7o, inc. I, II, IV IX).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da "participação da comunidade" (BRASIL, 1990a, art. 7o, inciso VIII) e principal objeto da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade (BRASIL, 1990b).

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei nº 10.678/03, que criou a SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem sócio-econômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006).

Cabe ainda destacar o fato de que esta Política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente.

2. Marca

Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Capítulo II

DAS DIRETRIZES GERAIS E OBJETIVOS

1. Diretrizes Gerais:

I - inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

II - ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;

III - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

IV - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V - implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e

VI - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

2. Objetivo Geral

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

3. Objetivos Específicos:

I - garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;

II - garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;

III - incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;

IV - identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

V - aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;

VI - melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII - identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

VIII - definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

IX - monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

X - incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

XI - monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatório; e

XII - fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

Capítulo III

DAS ESTRATÉGIAS E RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

1. Estratégias de Gestão(*):

I - implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão;

II - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locorregionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;

III - fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei;

IV - estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas;

V - fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;

VI - fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VII - qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios;

VIII - articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação;

IX - inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

X - incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar;

XI - implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, conforme a Portaria MS/GM no 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a);

XII - elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;

XIII - fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;

XIV - garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004b);

XV - articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b);

XVI - articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra;

XVII - apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos estados e municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social; e

XVIII - estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

* Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde.

2. Responsabilidades das Esferas de Gestão

2.1. Gestor Federal:

I - implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

III - garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual - PPA setorial;

IV - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

V - garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

VI - identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os estados, o Distrito Federal e os municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos;

VII - apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de instâncias de promoção de equidade em saúde da população negra no Distrito Federal, nos estados e nos municípios;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas;

X - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

XI - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XII - definição de ações intersetoriais e pluri-institucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde dessa população;

XIII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XIV - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XV - estabelecimento de parcerias governamentais e não- governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS;

XVI - estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho; e

XVII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.2 Gestor Estadual:

I - apoio à implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual;

IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual, em consonância com as realidades locais e regionais;

V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos;

VI - implantação e implementação de instância estadual de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII - apoio à implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde da população negra;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

X - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XI - apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XIII - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e

XIV - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.3 Gestor Municipal

I - implementação desta Política em âmbito municipal;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;

V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;

VI - implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde,

instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;

X - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XI - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e

XIII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

ANEXO 2 DO ANEXO XIX

Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1)

Art. 1º Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) tem por finalidade assessorar tecnicamente o Ministério da Saúde dentro das seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º)

I - acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para negras e negros; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, Plano Plurianual, Plano Operativo, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - colaborar para a pactuação de propostas de intervenção com foco na promoção da equidade racial em saúde nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - participar do acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas do Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, V)

Art. 2º CTSPN é composto por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos, entidades e áreas de conhecimento: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I)

a) 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, a)

b) 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, b)

c) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, c)

d) 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, e)

f) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, f)

II - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do segmento de usuários e componente da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra (CISPN/CNS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República (SEPPIR/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Secretaria-Geral da Presidência da República (SG/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, IX)

X - 10 (dez) representantes do movimento social negro, atuantes no campo da saúde da população negra; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, X)

XI - 5 (cinco) representantes de especialistas, com conhe- cimento e atuação na área de saúde da população negra. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, XI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, de que tratam os incisos X e XI do "caput", serão indicados pela SGEP/MS, após resposta a convite a eles encaminhado pelo Secretário da SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A participação das entidades ou órgãos de que tratam os incisos IV, V, VII, VIII, IX, X e XI do "caput" será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pelo Secretário da SGEP/MS, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Os representantes suplentes substituirão os titulares em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 4º)

§ 5º O representante da SGEP/MS exercerá a coordenação do CTSPN. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 5º)

§ 6º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas do CTSPN determina a exclusão do membro e seu substituto, cabendo à SGEP/MS providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 6º)

§ 7º A composição do CTSPN será renovada a cada 2 (dois) anos com a possibilidade de uma recondução por igual período. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 7º)

§ 8º Os órgãos e entidades referidos de que trata o "caput" poderão solicitar, a qualquer tempo, por intermédio da Coordenação do CTSPN, a substituição dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 8º)

Art. 3º CTSPN funcionará por meio de reuniões plenárias, comissões especiais de trabalho e mecanismos de consulta. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º)

§ 1º As reuniões contarão com a participação dos membros titulares do CTSPN ou, na sua ausência, pelos respectivos suplentes, e serão realizadas preferencialmente em Brasília, ordinariamente 3 (três) vezes ao ano, e extraordinariamente, a qualquer tempo, mediante convocação da Coordenação do CTSPN ou da maioria absoluta de seus membros titulares. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O plenário do CTSPN será instalado na data e horário previstos na convocação, com um prazo de tolerância de 15 (quinze) minutos, independentemente do número de presentes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Comitê procurará formular propostas consensuais no âmbito de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 3º)

Art. 4º A pauta das reuniões plenárias será composta da seguinte maneira: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º)

I - socialização de informações consideradas relevantes para o interesse geral do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - aprovação da memória executiva da reunião anterior visando ao monitoramento dos encaminhamentos eventualmente existentes; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - desenvolvimento dos temas principais, incluindo as discussões e encaminhamentos correspondentes; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - concessão da palavra aos integrantes do Comitê para breves comunicados ou manifestações, observada a disponibilidade de tempo e a ordem dos trabalhos; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - preparação de esboço da pauta referente à próxima reunião ordinária. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, V)

Parágrafo Único. A pauta da reunião plenária poderá ser excepcionalmente alterada pela Coordenação por motivos de urgência ou relevância ou por consenso da maioria simples dos representantes do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º Ao término de cada reunião, será encaminhada a lista de presença dos representantes do CTSPN, assim como a memória executiva, contendo o registro sucinto da reunião, com suas demandas e encaminhamentos. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 5º)

Art. 6º Compete ao coordenador da CTSPN: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º)

I - representar o CTSPN ou indicar representante nos atos e lugares que se fizerem necessários; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - conduzir e supervisionar as atividades do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - convocar, coordenar e garantir as condições necessárias às reuniões da Plenária do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - convocar e coordenar reuniões preparatórias do seg- mento de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde no CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - instituir, organizar e prover as condições necessárias às comissões especiais de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - indicar, em comum acordo com o CTSPN, represen- tantes para participar de atividades ou comissões; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - solicitar estudos e pareceres aos representantes do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - promover debates relacionados com os temas alvo das atribuições do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

IX - articular com as áreas técnicas na busca de garantir os objetivos do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - expedir as declarações de participação aos interessados, sempre que requerido; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSPN) nos estados, municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete aos membros do CTSPN: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º)

I - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - apresentar proposições sobre assuntos de interesse da saúde da população negra; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - integrar comissões especiais de trabalho e colaborar com a execução das atividades do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, III)

IV - propor a convocação de reuniões extraordinárias ou a instituição de comissões especiais de trabalho, a serem acatadas sempre por maioria simples do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, IV)

V - realizar estudos e pareceres acerca das questões so- licitadas pela coordenação do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, V)

VI - desempenhar outras atribuições que lhe forem desig- nadas por consenso ou pela coordenação do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, VI)

VII - apoiar, monitorar e avaliar a implementação da PNSPN nos Estados, Municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, VII)

Art. 8º O CTSPN contará com o apoio administrativo e financeiro da SGEP/MS, responsável pela operacionalização de todas as suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 8º)

Art. 9º A elaboração das alterações deste Regimento Interno caberá à Coordenação do CTSPN e estas serão submetidas à aprovação do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 9º)

Art. 10. A participação nas reuniões do CTSPN, assim como as funções dos seus membros não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. O CTSPN poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, de movimentos sociais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ou pertinente ao cumprimento de suas competências. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 11)

Art. 12. O plenário do CTSPN poderá deliberar sobre a instituição de comissões especiais de trabalho com o propósito de elaborar estudos, obter informações ou firmar posicionamentos acerca de temas relevantes, bem como acompanhar encaminhamentos específicos de interesse do CTSPN visando assegurar a efetividade no cumprimento de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 12)

Art. 13. Os produtos e resultados da atuação do CTSPN serão devidamente divulgados em cumprimento ao princípio da publicidade com obrigatoriedade de menção da autoria coletiva. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 13)

Art. 14. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento Interno serão solucionados pelo Plenário do CTSPN. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 14)

ANEXO XX

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). (Origem: PRT MS/GM 2866/2011)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), com o objetivo de promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

Art. 2º Para os fins da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º)

I - agricultura camponesa: aquela que considera as diferentes identidades socioculturais das diversas comunidades, bem como os saberes tradicionais, a partir da sua relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visando à produção para o autosustento e a comercialização de excedentes; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, I)

II - agricultura familiar: aquela que atende aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II)

a) não deter, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, a)

b) utilizar predominantemente mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, b)

c) ter renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, c)

d) dirigir seu estabelecimento ou empreendimento com sua família, sendo que incluem-se nesta categoria silvicultores, aquicultores, extrativistas e pescadores que preencham os requisitos previstos nas alíneas "b", "c" e "d" deste inciso; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, d)

III - assalariados e assalariadas rurais: trabalhadores e trabalhadoras com vínculo empregatício na agropecuária, em regime de trabalho permanente, safrista ou temporário, com ou sem Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) assinada, considerando-se que residem majoritariamente nas periferias das cidades pequenas e médias, sendo que parcela considerável desses trabalhadores migra entre as cidades e mesmo entre estados, de acordo com a sazonalidade das culturas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, III)

IV - camponeses e camponesas: aqueles e aquelas que, a partir de seus saberes e relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visam à produção para o autosustento e a comercialização de excedentes; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, IV)

V - descentralização: processo de autonomia das esferas de gestão estaduais, distrital e municipais, com redefinição dos papéis e responsabilidades em sua relação com a esfera federal; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, V)

VI - direitos reprodutivos: direitos básicos de todo casal e indivíduo de ter informação e meios de decidir livre e responsavelmente sobre a oportunidade e as condições de ter ou não filhos; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VI)

VII - direitos sexuais: direitos de cada pessoa desfrutar de uma vida sexual com prazer e livre de discriminação; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VII)

VIII - diversidade: princípio que respeita as diferenças legitimadas por fundamentos éticos gerados na convivência democrática dos sujeitos e grupos sociais. A biodiversidade está associada à sociodiversidade e à diversidade cultural; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VIII)

IX - equidade: promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, IX)

X - extrativismo: todas as atividades de coleta de produtos naturais, sejam animais, vegetais ou minerais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, X)

XI - extrativistas: pessoas e comunidades, com suas especificidades culturais, cuja produção de riquezas para o seu desenvolvimento tem por base a coleta de produtos de fontes naturais, como as matas, capoeiras, rios, igarapés, lagos, várzeas, manguezais, igapós, praias oceânicas e alto-mar, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XI)

XII - florestania: sentimento de pertencer à floresta e ser responsável pela sua conservação; conjunto de valores éticos, conceitos e comportamentos apreendidos na convivência com a floresta; direitos dos seres vivos habitantes da floresta, direitos da floresta compreendida como um ser vivo; noção equivalente à de cidadania, porém aplicada às populações da floresta; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XII)

XIII - integralidade: princípio fundamental do SUS que considera os sujeitos em sua indivisibilidade biopsicossocial e as comunidades humanas em sua relação com o ambiente, garantindo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIII)

XIV - intersetorialidade/transversalidade: abordagem de promoção da saúde, com base na articulação entre as políticas públicas e as práticas de gestão dos diversos setores do Estado, compartilhando ações e orçamento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIV)

XV - parceria: articulação de redes de solidariedade entre atores governamentais e não governamentais para integração e desenvolvimento de políticas públicas promotoras de equidade; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XV)

XVI - populações do campo, da floresta e das águas: povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos;

populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

XVII - povos e comunidades tradicionais: grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tradicionais, possuem formas próprias de organização social e ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e inovações práticas gerados e transmitidos pela tradição; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVII)

XVIII - regiões de saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVIII)

XIX - regionalização: princípio organizativo do SUS que garante acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal, orientando-se pelos modos de territorialização das populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIX)

XX - reserva extrativista: unidade de conservação de uso sustentável, habitada por populações que utilizam os recursos naturais como meios de produção e renda familiar em manejo; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XX)

XXI - sustentabilidade: organização da sociedade e manejo dos recursos estratégicos, com garantia da continuidade e diversidade da vida, articulando as dimensões ambientais, econômicas, sociais, políticas e culturais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXI)

XXII - sustentabilidade econômica: capacidade de geração de riqueza superior às necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXII)

XXIII - sustentabilidade social: forma de organização social caracterizada pela participação equânime na produção e distribuição da riqueza, em suas dimensões econômica, cultural, entre outras; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIII)

XXIV - sustentabilidade política: condição das instituições e organizações políticas, baseada no seu fortalecimento e funcionamento democrático; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIV)

XXV - sustentabilidade cultural: adequação dos processos sociopolíticos e econômicos aos costumes, valores e linguagem das comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXV)

XXVI - sustentabilidade ambiental: modo de aproveitamento dos bens naturais e serviços com geração de benefícios sociais e econômicos, sem comprometer a conservação dos ecossistemas para as futuras gerações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVI)

XXVII - território: espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVII)

XXVIII - trabalho escravo: exploração e apropriação do trabalho humano pela força e privação da liberdade; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVIII)

XXIX - universalidade: princípio que orienta as políticas públicas dos governos para a garantia do acesso aos serviços por elas prestados a todos, sem distinção; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIX)

XXX - violência no campo e na floresta: conflitos de interesses que geram, de forma sutil ou explícita, agravos, lesões e privação da vida, da liberdade, da cultura, do acesso à terra e aos direitos civis, políticos, sociais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXX)

Art. 3º A PNSIPCFA tem os seguintes objetivos específicos: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

I - garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, as especializadas de média e alta complexidade e as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população atendida; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, I)

II - contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, II)

III - reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho no campo e na floresta, particularmente o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, o advindo do risco ergonômico do trabalho no campo e na floresta e da exposição contínua aos raios ultravioleta; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, III)

IV - contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações do campo e da floresta, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, IV)

V - reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, V)

VI - promover planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde das populações do campo e da floresta e definir metas, estratégias e ações específicas para sua atenção; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VI)

VII - incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades das populações do campo e da floresta, considerando a interculturalidade na atenção aos povos e comunidades tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VII)

VIII - apoiar processos de educação e informação das populações do campo e da floresta sobre o direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VIII)

IX - apoiar a expansão da participação das representações dessas populações nos Conselhos de Saúde estaduais, distrital e municipais e em outros espaços de gestão participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, IX)

X - promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, X)

XI - incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde das populações do campo e da floresta, respeitando as especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, XI)

XII - promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento e da avaliação tecnológica sobre os agravos à saúde decorrentes do uso de agrotóxicos e transgênicos. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, XII)

Art. 4º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observados os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º)

I - saúde como direito universal e social; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, I)

II - inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações e serviços de saúde voltados às populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas das populações do campo, da floresta e das águas, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, V)

VI - promoção de ambientes saudáveis, contribuindo para a defesa da biodiversidade e do respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VI)

VII - apoio à produção sustentável e solidária, com reconhecimento da agricultura familiar camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VIII - participação social com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo, da floresta e das águas, nas instâncias de controle social em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IX - informação e comunicação em saúde considerando a diversidade cultural do campo, da floresta e das águas, para a produção de ferramentas de comunicação; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

X - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação da PNSIPCFA. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

Art. 5º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º)

I - garantir a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde das metas e prioridades para a organização das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - apoiar a implementação da PNSIPCFA nos estados, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com base em perspectivas educacionais críticas e participativas no direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VII - fortalecer a intersetorialidade, mediante articulação com órgãos e entidades governamentais e não governamentais, para o estabelecimento de metas e prioridades referentes às ações transversais prioritárias para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com especial articulação com os Ministérios do Desenvolvimento Social e Agrário, da Defesa, do Trabalho, do Meio Ambiente, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, e da Educação, com as Secretarias Especiais de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VIII - consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre essas populações, considerando os aspectos de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, e inserir informações em saúde nos subsistemas sob responsabilidade do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VIII)

IX - estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCFA; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

X - fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

Art. 6º Compete aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º)

I - promover a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão da PNSIPCFA no Plano Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCFA de forma participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - produzir dados estratificados sobre as populações do campo, da floresta e das águas e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VI)

VII - desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VII)

VIII - prestar apoio e cooperação técnica aos municípios; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VIII)

IX - viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para essas populações. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, IX)

Art. 7º Compete aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º)

I - promover a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão da PNSIPCFA no Plano Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - promover a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCFA de forma participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - produzir dados estratificados sobre as populações do campo, da floresta e das águas e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - viabilizar parcerias no setor público e privado com o objetivo de fortalecer as ações de saúde para essas populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VI)

VII - desenvolver ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VII)

VIII - promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VIII)

Art. 8º À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) compete articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação da PNSIPCFA. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 8º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CAPÍTULO II
DO GRUPO DA TERRA

Art. 9º Este Capítulo define a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 1º)

Art. 10. Compete ao Grupo da Terra: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º)

I - participar da formulação, do monitoramento e da avaliação das ações referentes à implantação e implementação da PNSIPCF, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com o objetivo de garantir a equidade na atenção à saúde para esses segmentos sociais; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, I)

II - articular e monitorar a implementação das ações decorrentes dos acordos oriundos das pautas de reivindicações negociadas entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais organizados do campo e da floresta; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, II)

III - participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde das Populações do Campo e da Floresta; e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, III)

IV - integrar saberes técnico-políticos provenientes de pesquisas e debates com os movimentos sociais para ampliar o conhecimento sobre a situação de saúde das Populações do Campo e da Floresta. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, IV)

Art. 11. O Grupo da Terra será composto por representantes dos seguintes órgãos, entidades e movimentos sociais organizados: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, II)

III - 3 (três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, III)

IV - 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante da Comissão Pastoral da Terra (CPT); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIII)

XIV - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIV)

XV - 1 (um) representante do Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (FETRAF); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVI)

XVII - 1 (um) representante do Movimento dos Atingidos por Barragens/Brasil (MAB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVII)

XVIII - 1 (um) representante do Movimento de Luta pela Terra (MLT); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVIII)

XIX - 1 (uma) representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIX)

XX - 1 (um) representante do Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XX)

XXI - 1 (um) representante do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXI)

XXII - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXII)

XXIII - 1 (uma) representante das Mulheres Trabalhadoras Rurais - Movimento das Margaridas (MTRMM); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXIII)

XXIV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXIV)

XXV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXV)

XXVI - 1 (um) representante do Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais (DESER). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXVI)

§ 1º O Grupo da Terra será coordenado por um dos representantes da SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Cada representante terá um suplente. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Um dos representantes da SAS/MS será do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Os representantes serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Grupo da Terra. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 4º)

Art. 12. O Grupo da Terra poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão convidados preferencialmente representantes dos seguintes órgãos, entidades e movimentos sociais organizados: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - Ministério do Meio Ambiente (MMA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR-PR); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

IX - Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, IX)

X - Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas (FEPEAL). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, X)

Art. 13. O Grupo da Terra reunir-se-á 3 (três) vezes ao ano, ordinariamente, com possibilidade de convocação, se necessário, de reuniões extraordinárias pela Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 5º)

Parágrafo Único. Os representantes dos órgãos do Ministério da Saúde no Grupo da Terra realizarão reuniões preparatórias para a organização das atividades do Grupo. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 14. Caberá ao Grupo da Terra a elaboração de seu Regimento Interno, a ser aprovado por ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 6º)

Art. 15. As funções dos membros e dos convidados no âmbito do Grupo da Terra não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 7º)

ANEXO XXI

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Origem: PRT MS/GM 2836/2011)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º)

I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, I)

II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, II)

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, III)

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, IV)

V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, V)

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados, na forma do Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VI)

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VII)

VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VIII)

IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, IX)

X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, X)

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XI)

XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XII)

XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIII)

XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIV)

XV - buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XV)

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVI)

XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVII)

XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVIII)

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIX)

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XX)

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXI)

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXII)

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXIII)

XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXIV)

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º)

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, I)

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, II)

III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, III)

IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, IV)

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, V)

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VI)

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VII)

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VIII)

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, IX)

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º)

I - apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos estados e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, I)

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, II)

III - distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, III)

IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, IV)

V - articular junto às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, V)

VI - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VI)

VII - promover, juntamente com as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VII)

VIII - elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VIII)

IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, IX)

X - incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, X)

XI - promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XI)

XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XII)

XIII - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XIII)

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XIV)

XV - apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XV)

XVI - disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XVI)

Art. 5º Compete aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º)

I - definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, I)

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, II)

III - coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, III)

IV - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, IV)

V - planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, V)

VI - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos estados e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VI)

VII - promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VII)

VIII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VIII)

IX - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, IX)

X - estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, X)

Art. 6º Compete aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º)

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, I)

II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, II)

III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, III)

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, IV)

V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, V)

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VI)

VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VII)

VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 7º)

Art. 8º Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular no âmbito do Ministério Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 8º)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (COMITÊ TÉCNICO LGBT)

Art. 9º Este Capítulo define o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT). (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 1º)

Art. 10. Compete ao Comitê Técnico LGBT: (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º)

I - acompanhar e monitorar a implantação e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para esses grupos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos para apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no que tange à promoção, prevenção e atenção à saúde destes grupos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, II)

III - contribuir para a pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos diversos órgãos e entidades integrantes do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, III)

IV - contribuir para a produção de conhecimento sobre a saúde LGBT e o fortalecimento da participação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nas instâncias de controle social no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, IV)

V - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, V)

Art. 11. O Comitê Técnico LGBT será composto de 25 (vinte e cinco) integrantes, assim distribuídos: (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), prioritariamente das áreas de apoio à gestão participativa e de articulação interfederativa; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, I)

II - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), prioritariamente das áreas relativas à saúde da mulher, saúde do homem, atenção básica e média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), prioritariamente da área de ciência e tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), prioritariamente da área de gestão da educação na saúde; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), prioritariamente da área relativa às DST/AIDS e Hepatites Virais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VII)

VIII - 2 (dois) representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), prioritariamente do segmento LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD-LGBT/SDH/PR), prioritariamente do segmento LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Fórum Nacional das Gestoras e Gestores Estaduais e Municipais das Políticas Públicas para a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (FONGES-LGBT); e (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XIII)

XIV - 7 (sete) representantes da sociedade civil de notório saber, com conhecimento e atuação na saúde de LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XIV)

§ 1º A coordenação do Comitê Técnico LGTB e a respectiva suplência serão exercidas pelos representantes da SGEP/MS, conforme indicação do respectivo Secretário. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os integrantes do Comitê Técnico LGBT serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Caberá à Coordenação do Comitê Técnico LGBT a indicação dos representantes da sociedade civil de notório saber, após consulta junto ao movimento social LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O Comitê Técnico LGBT poderá convidar servidores dos órgãos do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas, de outros órgãos e entidades da Administração Pública Federal, de entidades não governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 4º)

Art. 12. O funcionamento do Comitê Técnico LGBT observará agenda pactuada com seus representantes. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 4º)

Art. 13. Caberá à SGEP/MS fornecer o apoio técnico e administrativo para o funcionamento do Comitê Técnico LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 5º)

Art. 14. As funções dos membros do Comitê Técnico LGBT não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 6º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) (Origem: PRT MS/GM 2803/2013)

Art. 1º Fica redefinido e ampliado o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 1º)

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º)

I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas; (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, I)

II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, II)

III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Compreendem-se como usuários ou usuárias com demanda para o Processo Transexualizador os(as) transexuais e travestis. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º A linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador é estruturada pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º)

I - Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada: é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º, II)

Art. 4º A integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Básica será garantida pelo: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º)

I - acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º, I)

II - encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º, II)

Art. 5º Para garantir a integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Especializada, serão definidas as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º)

I - Modalidade Ambulatorial: consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI ; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º, I)

II - Modalidade Hospitalar: consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º, II)

Art. 6º A RAS é responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 6º)

Art. 7º Fica definido que, para fins de habilitação no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, os gestores de saúde interessados deverão cumprir as Normas de Habilitação previstas no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI , conforme modalidade assistencial ambulatorial e/ou hospitalar do estabelecimento de saúde a ser habilitado, e encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º)

I - documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º, I)

II - formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor de saúde, para habilitação do estabelecimento de saúde no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , seja para modalidade ambulatorial e/ou hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º, II)

Art. 8º Ficam incluídas na Tabela de Habilitações do SCNES as seguintes habilitações referentes ao Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º)

I - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, Pré e Pós-Operatório e Hormonioterapia, sob o código 30.02; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º, I)

II - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório, sob o código 30.03. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º, II)

Art. 9º Os estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Código 30.01, até a presente data, nos termos do anexo IV da Portaria nº 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008, continuam habilitados e deverão se adequar às novas habilitações conforme descrito nos arts. 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º do Anexo 1 do Anexo XXI , sob pena de revogação da referida habilitação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2736/2014)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos descritos no Anexo C do Anexo 1 do Anexo XXI mantêm-se habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, e terão que se adequar, conforme descrito no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 9º, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 2736/2014)

Art. 10. Os procedimentos da modalidade ambulatorial e hospitalar serão realizados exclusivamente nos estabelecimentos de saúde habilitados nos Códigos 30.01, 30.02, 30.03 respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde serão habilitados considerando os arts. 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º do Anexo 1 do Anexo XXI para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, seja na modalidade ambulatorial e/ou hospitalar, desde que cumpridas as exigências estabelecidas neste Anexo e: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

I - para habilitação no Código 30.02, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos da modalidade ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, I)

II - para habilitação no Código 30.03, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos da modalidade hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, II)

III - para habilitação nos Códigos 30.02 e 30.03, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos das modalidades ambulatorial e hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, III)

Art. 11. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem assistência a transexuais e travestis no âmbito do SUS submeter-se-ão à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 11)

Art. 12. Acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata Processo Transexualizador no SUS, quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, deve ser objeto de pactuação entre os estados solicitantes e executantes, submetidos à regulação de seus respectivos gestores de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 12) (com redação dada pela PRT MS/GM 807/2017)

Art. 13. O SUS realizará, em caráter experimental, os procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino, nos termos da Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 15)

Parágrafo Único. Os procedimentos descritos no "caput" somente poderão ser realizados em estabelecimentos definidos como hospitais de ensino, habilitados para realização da Atenção Especializada no Processo Transexualizador, bem como a partir da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 14. Os procedimentos descritos neste Anexo poderão ser realizados somente nos estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde para prestar Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme normas de habilitação estabelecidas nos Anexos A, B, C, D e E do Anexo 1 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 16)

ANEXO A DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Normas de habilitação para a atenção especializada no processo transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 1)

NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

1. NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A MODALIDADE AMBULATORIAL

1.1. A Modalidade Ambulatorial consiste nas ações de âmbito ambulatorial (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito abaixo.

1.2. Planejamento/Distribuição dos Estabelecimentos

As Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para estruturar a atenção integral aos usuários(as) com indicação para a realização do Processo Transexualizador.

1.3. Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial, o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais ou do Distrito Federal, em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a. Documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria; e

b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo II a esta Portaria, para modalidade ambulatorial.

1.4. O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria do Anexo II desta Portaria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial.

1.5. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) tomará as providências para a publicação da habilitação.

1.6 O Registro das Informações do Paciente do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador modalidade ambulatorial - deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico, contendo as seguintes informações:

a. Identificação (nome social e nome de registro);

b. Anamnese;

c. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar

d. Evolução;

e. Prescrição;

f. Exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial; e

g. Sumário de alta e outros documentos tais como Consentimento Livre e Esclarecido e normativos definidos nesta Portaria.

1.7. Estrutura Assistencial

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverá promover a atenção especializada referente aos procedimentos no processo Transexualizador definidos nesta portaria (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) de forma a oferecer assistência integral, através de:

a. Diagnóstico e tratamento clínico no processo transexualizador;

b. Atendimento da modalidade ambulatorial em atenção especializada dos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional;

c. acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia

d. garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial

1.8. Recursos Humanos

Responsável Técnico: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deve contar com um responsável técnico, de qualquer área da saúde, com nível superior e experiência comprovada na área do Processo Transexualizador. O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único Estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

Equipe de Referência: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador- modalidade ambulatorial - deverá contar com no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 endocrinologista ou 1 clínico geral e 1 enfermeiro.

Os profissionais da área médica deverão possuir títulos de especialista emitidos pelo Conselho Regional de Medicina.

1.9. As instalações Físicas:

As instalações físicas do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

b. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

c. Resolução - RDC nº 306 de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde;

1.10. Materiais e Equipamentos:
O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários para o atendimento na modalidade ambulatorial no processo transexualizador, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários(as).

1.11. Manutenção da Habilitação:

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a. Ao cumprimento continuado pelo serviço das normas estabelecidas nesta Portaria;

b. O Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, poderá suspender a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial, em caso de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria.

c. Compete ao Gestor solicitante da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - seu monitoramento, avaliação e controle, bem como sua fiscalização local;

d. O gestor local poderá solicitar ao Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, a suspensão da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial.

2. NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A MODALIDADE HOSPITALAR

2.1. A Modalidade Hospitalar consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados, conforme descrito abaixo.

2.2. Planejamento/Distribuição dos Estabelecimentos: as Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar a rede de atenção integral aos usuários(as) com indicação para a realização do Processo Transexualizador.

2.3. Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais e do Distrito Federal em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a. Documento que comprove aprovação na CIB ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da CGSES/DF sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria, e

b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo II a esta Portaria, para modalidade hospitalar.

2.4. O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria do Anexo II dessa portaria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento de saúde em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar.

2.5. Caso a avaliação seja favorável, a SAS tomará as providências para a publicação da habilitação.

2.6. O Registro das Informações do Paciente do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico, contendo as seguintes informações:

a. Identificação (nome social e nome de registro);

b. Anamnese;

c. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar

d. Evolução;

e. Prescrição;

f. Exames; e

g. Sumário de alta; e outros documentos tais como: Consentimento Livre e Esclarecido e normativos definidos nesta Portaria.
Outros registros a constarem nos prontuários, tais como: descrição de cirurgia, fichas de infecção e acompanhamento ambulatorial.

2.7. Estrutura Assistencial

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - será referência para a atenção de pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos da modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), onde constará todo o processo de acompanhamento prévio do paciente.

Caberá ao Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - as avaliações e indicações cirúrgicas, devendo o mesmo realizar os exames pré e pós-operatório.

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve oferecer assistência especializada e integral, por ações diagnósticas e terapêuticas

a) Diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico do processo transexualizador;

b) Atendimento na modalidade hospitalar, incluindo procedimentos cirúrgicos, dos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional;

c) Exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador-modalidade hospitalar;

2.8. Recursos Humanos

Responsável Técnico: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve contar com um responsável técnico pelo serviço de cirurgia, médico com título de especialista em uma das seguintes especialidades:

Urologia ou Ginecologia ou Cirurgia Plástica e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina;

O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

A equipe cirúrgica deve contar com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório.

Equipe de Referência: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deverá contar com, no mínimo, 1 médico urologista, ou 1 ginecologista ou 1 cirurgião plástico, com título de especialista da respectiva especialidade e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina, para atendimento diário. A Equipe de Enfermagem deve contar com enfermeiros e técnicos de enfermagem dimensionados conforme Resolução COFEN 293 de 2004. Ainda, a equipe do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverá contar no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 um psicólogo, 1 endocrinologista, e 1 assistente social.

2.9. Instalações físicas

As instalações físicas do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem acomplementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

b. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

c. Resolução - RDC nº 306 de 6 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde;

A Farmácia Hospitalar deverá obedecer às normas estabelecidas na RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, da Anvisa ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

2.10. Materiais e Equipamentos

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários(as), que possibilitem o diagnóstico e o tratamento clínico e cirúrgico.

2.11. Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverá:

a. Dispor de serviço de laboratório clínico em tempo integral;

b. garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar

c. Realizar tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas;

d. Possuir leitos cirúrgicos de enfermaria para os usuários(as) do Processo Transexualizador;

e. Garantir retaguarda de leito(s) de UTI tipo II ou III

f. Garantir acompanhamento ambulatorial para pré e pós operatório.

2.12. Manutenção da Habilitação

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a. Ao cumprimento continuado pelo serviço das normas estabelecidas nesta Portaria;

b. O Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, poderá suspender a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar, em caso de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria;

c. Compete ao Gestor solicitante da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - seu monitoramento, avaliação e controle, bem como sua fiscalização local;

d. O gestor local poderá solicitar ao Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, a suspensão da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar.

Para determinado estabelecimento de saúde ser habilitado como modalidade assistencial ambulatorial e hospitalar, deve cumprir ambas as Normas supracitadas

ANEXO B DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

FFormulário de vistoria do gestor para habilitação do estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 2)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

(Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo Gestor e não deve ser modificado e/ou substituído)

I. MODALIDADE AMBULATORIAL:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

CNPJ: _____ CNES: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____UF: _____

CEP:_____TELEFONES: ( ) _____

FAX: ( ) _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

TELEFONE: ( )_____ FAX: ( )_____

E-MAIL: _____

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR (Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor.)

(Este Formulário não deve modificado nem substituído) TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Privado lucrativo ( ) Privado não lucrativo( ) Filantrópico ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

1. NORMAS GERAIS DE HABILITAÇÃO

1.1 - Consta no processo de habilitação do Estabelecimento de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade ambulatorial - a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para as habilitações estabelecidas no Anexo I, tais como:

a) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS

( ) Sim ( ) Não

b) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB

( ) Sim ( ) Não

c) Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS

( ) Sim ( ) Não

2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

2.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial - cumpre e oferece os requisitos abaixo:

a) garante atendimento e acompanhamento ambulatorial especializado e integral para o diagnóstico e tratamento clínico para os/as transexuais e travestis no processo transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

b) atendimento em atenção especializada dos usuários/as com demanda para o processo Transexualizador por meio de equipe multiprofissional.

( ) Sim ( ) Não

c) acompanhamento clínico.

( ) Sim ( ) Não

d) acompanhamento pré e pós-operatório no processo transexualizador

( ) Sim ( ) Não

e) hormonioterapia

( ) Sim ( ) Não

f) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial

( ) Sim ( ) Não

g) possui um prontuário único para cada paciente que possua todos os tipos de atendimento a ele referentes, contendo as

informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento:

( ) Sim ( ) Não

h) possui Responsável Técnico pela equipe do Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial:

( ) Sim ( ) Não

i) titulação do Responsável Técnico

( ) Sim ( ) Não

j) possui equipe mínima assistencial:

( ) 01 psiquiatra ou psicólogo

( ) 01 assistente social;

( ) 01 endocrinologista ou 01 clínico geral; e

( ) 01 enfermeiro.

k) titulação dos profissionais que compõem a equipe

( ) Sim ( ) Não

l) acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade

( ) Sim ( ) Não

3. INSTALAÇÕES FÍSICAS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

3.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial - cumpre e oferece as instalações físicas, materiais e equipamentos abaixo:

a) possui Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

( ) Sim ( ) Não

b) possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

( ) Sim ( ) Não

c) possui Materiais e Equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários/as na modalidade ambulatorial no processo transexualizador:

( ) Sim ( ) Não

II- MODALIDADE HOSPITALAR:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

CNPJ: _____

CNES:_____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____UF:_____

CEP:_____TELEFONES: ( ) _____

FAX: ( ) _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO:_____

TELEFONE: ( )_____ FAX: ( )_____

E-MAIL: _____

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR (Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(Este Formulário não deve modificado nem substituído) TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Privado lucrativo ( ) Privado não lucrativo ( ) Filantrópico ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Atendimento de intercorrências no processo transexualizador

1. NORMAS GERAIS DE HABILITAÇÃO

1.1 - Consta no processo de habilitação do Estabelecimento de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Hospitalar - a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para as habilitações estabelecidas no Anexo I, tais como:

a) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS ( ) Sim ( ) Não

b) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB ( ) Sim ( ) Não

c) Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS. ( ) Sim ( ) Não

2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

2.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar- cumpre e oferece os requisitos abaixo:

a) ser referência para a atenção de pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos da modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório).

( ) Sim ( ) Não

b) oferece assistência especializada e integral por ações diagnósticas e terapêuticas na modalidade hospitalar do processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

c) garante atendimento e acompanhamento hospitalar especializado e integral, para o procedimento cirúrgico e acompanhamento pré e pós-operatório no processo transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

d) atendimento na modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) em atenção especializada dos usuários/as com demanda para o processo Transexualizador por meio de equipe multiprofissional.

( ) Sim ( ) Não

e) garante acesso a exames laboratoriais e de imagens necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar.

( ) Sim ( ) Não

f) realiza acompanhamento pré e pós-operatório no processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

g) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

h) possui Responsável Técnico pela equipe médica do estabelecimento de atenção Especializada no processo transexualizador -modalidade hospitalar, com certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas no respectivo Conselho Regional de Medicina nas especialidades médicas de urologia ou ginecologia ou cirurgia plástica:

( ) Sim ( ) Não ( )

i) o médico responsável técnico pela equipe médica do estabelecimento de atenção Especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar - é responsável por um único estabelecimento habilitado em Atenção

Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - pelo Sistema Único de Saúde e reside no mesmo município ou cidade circunvizinha.

( ) Sim ( ) Não

j) possui equipe mínima assistencial com no mínimo*:

( ) 01 urologista ou 01 ginecologista ou 01 cirurgião plástico;

( ) enfermeiros (dimensionados conforme Resolução COFEN 293/2004);

( ) técnicos de enfermagem (dimensionados conforme Resolução COFEN 293/2004);

( ) 01 psiquiatra ou 01 psicólogo;

( ) 01 endocrinologista;

( ) 01 assistente social.

*A equipe mínima assistencial médica com certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas no respectivo Conselho Regional de Medicina. A equipe assistencial de profissionais enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos deverão apresentar graduação reconhecida pelo Ministério da Educação e pelo respectivo conselho de classe.

A equipe assistencial de técnicos de enfermagem deverá ter formação reconhecida pelo respectivo conselho de classe.

k) possui equipe cirúrgica com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório:

( ) Sim ( ) Não

l) possui equipe mínima assistencial treinada para atendimento de pacientes no Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

m) garantia de sala de cirurgia para atendimento ao paciente do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

n) garantia de leitos cirúrgicos de enfermaria para os usuários/ as do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

o) garantia de leitos de UTI tipo II ou III para paciente do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

p) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar:

( ) Sim ( ) Não

q) possui serviço de laboratório clínico:

( ) Sim ( ) Não

r) realiza tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas:

( ) Sim ( ) Não

s) garantia de acompanhamento ambulatorial para pré e pós-operatório para os usuários/as atendidos no processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

t) possui acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade:

( ) Sim ( ) Não

3. INSTALAÇÕES FÍSICAS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

3.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar - cumpre e oferece as instalações físicas, materiais e equipamentos abaixo:

a) possui Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

( ) Sim ( ) Não

b) possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

( ) Sim ( ) Não

c) possui Materiais e Equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários/as na modalidade hospitalar no processo transexualizador:

( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: ____/_____ / _____

INTERESSE DO GESTOR DE SAÚDE NA HABILITAÇÃO:

De acordo com a vistoria realizada in loco, a instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº , de de 2013, para a habilitação solicitada.

( ) Sim ( ) Não DATA:_____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

ANEXO C DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 3)

Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador

UF	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO - RAZÃO SOCIAL
RS	Porto Alegre	2237601	Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS)
RJ	Rio de Janeiro	2269783	Universidade Estadual do Rio de Janeiro - HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Rio de Janeiro(RJ)
SP	São Paulo	2078015	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP/Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS - São Paulo/SP
GO	Goiânia	2338424	Hospital das Clinicas - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia (GO)

ANEXO D DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Alteração na Tabela de Serviço/classificação do SCNES (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 4)

Alteração na Tabela de Serviço/Classificação do SCNES

		Código da Classificação	Descrição	Grupo	CBO	Descrição
153	Atenção Especializada no Processo Transexualizador	001	Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.	1	225133	Médico psiquiatra
					225155	Médico Endocrinologista
					225125	Médico Clínico
					223505	Enfermeiro
					251510	Psicólogo
					251605	Assistente Social
				2	251510	Psicólogo
					225155	Médico Endocrinologista
					225125	Médico Clínico
					223505	Enfermeiro
					251605	Assistente Social

		002	Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.	3	225250	Médico ginecologista obstetra
					225235	Médico Cirurgião Plástico
					223505	Enfermeiro
					225133	Médico psiquiatra
					225155	Médico Endocrinologista
					225285	Médico Urologista
					251605	Assistente Social
				4	225285	Médico Urologista
					225250	Médico ginecologista obstetra
					225235	Médico Cirurgião Plástico
					223505	Enfermeiro
					251510	Psicólogo
					225155	Médico Endocrinologista
					251605	Assistente Social

ANEXO E DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Inclusão de Procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 5)

Inclusão de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Procedimento:	03.01.13.004-3 - Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório
Descrição:	Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
Origem SIGTAP	03.01.13.002-7
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Sexo:	Ambos
Valor Ambulatorial SA:	R$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R$ 39,38
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$0,00

Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	02
CBO:	225133, 225155, 225250, 225285, 251510, 225235, 251605, 223810,, 225125.
CID:	F64.0
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 153/002 (Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório).
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 30.03 Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório

Procedimento:	03.03.03.009-7- Tratamento hormonal no processo transexualizador.
Descrição:	Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona).
Origem SIGTAP	03.03.03.007-0
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 50,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 50,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225155, 225250, 225285, 225125
CID:	F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) - Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-peratório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.09.05.014-8 - Redesignação sexual no sexo masculino
Descrição:	Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocolpoplastia (construção de neovagina).
Origem SIGTAP	04.09.05.012-1
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 528,06
Valor Hospitalar SH:	R$ 760,22
Valor Hospitalar Total:	R$ 1288,28
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	8
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e

	Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03.- Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.04.01.056-3 - Tireoplastia
Descrição:	Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transexualizador.
Origem SIGTAP	04.04.01.042-3
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 236,60
Valor Hospitalar SH:	R$ 181,88
Valor Hospitalar Total:	R$ 418,48
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	01
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225275; 225215; 225235
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço Atenção Especializado no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	03.03.03.008-9 - Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador.
Descrição:	Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA-I (individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 65,52

Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225155, 225250, 225285, 225125
CID:	F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.019-7 - Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador
Descrição:	Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com

	reposicionamento do complexo aréolo mamilar.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 284,93
Valor Hospitalar SH:	R$ 524,96
Valor Hospitalar Total:	R$ 809,89
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	feminino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	03
Pontos:	250
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225250, 225255
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Procedimento:	04.09.06.029-1 - Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador.
Descrição:	Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 511,90
Valor Hospitalar SH:	R$ 683,90
Valor Hospitalar Total:	R$ 1.195,80
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior
Sexo:	Feminino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	03
Pontos:	300
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03
	Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.09.05.013-0 - Cirurgias complementares de redesignação sexual
Descrição:	Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fístulectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)

Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 214,67
Valor Hospitalar SH:	R$ 183,38
Valor Hospitalar Total:	R$ 398,05
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	05
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Procedimento:	03.01.13.003-5 - Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico.
Descrição:	Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transexualizador.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SIA:	R$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R$ 39,38
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225133, 225155, 251510, 251605,223810,
CID:	F64.0, F64.9
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.020-0- Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador
Descrição:	Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.
Complexidade:	Media Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 140,02
Valor Hospitalar SH:	R$ 1.663,90
Valor Hospitalar Total:	R$ 1803,92
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino

Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	02
Pontos:	250
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225250
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
CID	F64.0
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

ANEXO XXII

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Origem: PRT MS/GM 2436/2017)

Art. 1º Este Anexo aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º)

§ 1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 2º)

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 4º)

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º)

I - princípios: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I)

a) universalidade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, a)

b) equidade; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, b)

c) integralidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, c)

II - diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II)

a) regionalização e hierarquização: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, a)

b) territorialização; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, b)

c) população adscrita; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, c)

d) cuidado centrado na pessoa; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, d)

e) resolutividade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, e)

f) longitudinalidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, f)

g) coordenação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, g)

h) ordenação da rede; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, h)

i) participação da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, i)

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos neste Anexo e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 5º)

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com Anexo XXII serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 6º)

Parágrafo Único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção I
Das Responsabilidades
(Origem: PRT MS/GM 2436/2017, CAPÍTULO I)

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º)

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, I)

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, II)

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, III)

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, IV)

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, V)

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VI)

VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VII)

VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VIII)

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, IX)

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, X)

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XI)

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XII)

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIII)

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIV)

XV - estimular a participação popular e o controle social; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XV)

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVI)

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e

diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da União, ou do Distrito Federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVII)

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVIII)

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIX)

XX - articulação com o subsistema indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XX)

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º)

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, I)

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, II)

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, III)

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, IV)

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, V)

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VI)

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VII)

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as secretarias de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VIII)

Art. 9º Compete às secretarias estaduais de saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º)

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos estados e Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, I)

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, II)

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, III)

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, IV)

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, V)

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VI)

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VII)

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VIII)

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, IX)

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as secretarias municipais de saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, X)

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, XI)

Art. 10. Compete às secretarias municipais de saúde a co-ordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10)

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, I)

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, II)

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, III)

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, IV)

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, V)

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VI)

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VII)

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VIII)

IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, IX)

X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, X)

XI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XI)

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XII)

XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIII)

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIV)

XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XV)

XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVI)

XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVII)

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVIII)

XIX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIX)

Art. 11. A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo 1 do Anexo XXII . (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 11)

CAPÍTULO II
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Seção I
Do processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal

Art. 12. A implantação e o credenciamento das Equipes de Atenção Básica pelos Municípios pelo Distrito Federal passam a obedecer ao seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º)

I - elaboração do Projeto de Implantação das Equipes de Atenção Básica, respeitados os itens mínimos descritos na Política Nacional de Atenção Básica e seu envio à respectiva Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, I)

II - no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data do protocolo de entrada do projeto de implantação das Equipes de Atenção Básica elaborado pelos Municípios/Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal deverão proceder à análise e posterior encaminhamento dos mencionados projetos para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, II)

III - a Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, após aprovação na CIB, informará ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, III)

IV - para recebimento dos incentivos correspondentes às Equipes de Atenção Básica efetivamente implantadas, os Municípios e o Distrito Federal deverão cadastrar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os profissionais integrantes das equipes previamente credenciadas pelo Estado/Distrito Federal conforme decisão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e, ainda, alimentar os dados no sistema de informação, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades. (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, IV)

Parágrafo Único. As diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Seção II
Dos NASF

Art. 13. Ficam definidos os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 1º)

Art. 14. Ficam criados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 (NASF 3). (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º)

§ 1º O NASF 3 é criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os critérios para implantação, características específicas, composição das ocupações e recursos financeiros federais para os NASF 3 encontram-se definidos no art. 15. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º, § 2º)

Art. 15. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser organizados, com financiamento federal, nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3, seguindo os parâmetros e critérios abaixo estabelecidos: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º)

I - a modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I)

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, a)

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, b)

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, c)

II - cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, II)

III - a modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III)

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, a)

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, b)

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, c)

IV - cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, IV)

V - a modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V)

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, a)

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, b)

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, c)

VI - cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, VI)

§ 1º A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal correspondente ao NASF. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O número máximo de NASF 2 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O número máximo de NASF 3 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 3. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Os valores dos incentivos financeiros para a implantação e os recursos de custeio, que serão transferidos a cada mês tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES, serão objeto de portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 4º)

Seção III

Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense

Art. 16. Esta Seção define o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 1º)

Art. 17. Constituem ESFR as equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 2º)

Parágrafo Único. As ESFR são vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adscrita. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 18. A ESFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º)

I - 1 (um) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, I)

II - 1 (um) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, II)

III - 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, III)

Art. 19. As ESFR e as ESFF podem contar com os seguintes profissionais de saúde bucal, dependendo da modalidade de equipe: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º)

I - 1 (um) cirurgião dentista generalista ou em saúde da família; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º, I)

II - 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º, II)

Art. 20. Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR e as ESFF podem contar, ainda, com: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º)

I - até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, I)

II - até 12 (doze) Microscopistas, nas regiões endêmicas; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, II)

III - até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. As ESFR e as ESFF poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior a sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos termos da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 21. As ESFR e as ESFF deverão seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerando a importância da territorialização, manutenção do vínculo, cuidado integral e longitudinal, identificação de risco e vulnerabilidade. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 6º)

Art. 22. As ESFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias, e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 7º)

Parágrafo Único. A determinação de que trata o "caput" é aplicável aos profissionais que compõem a equipe mínima de que tratam os arts. 18 e 19 do Anexo XXII e a até 2 (dois) técnicos de enfermagem, quando houver. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 23. Os Agentes Comunitários de Saúde, os Auxiliares/Técnicos de enfermagem extras e os Auxiliares/Técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 8º)

Art. 24. Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, as ESFR e ESFF adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 9º)

Art. 25. Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, as ESFR e as ESFF receberão incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10)

I - até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas a um Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, I)

II - até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, II)

§ 1º As unidades de apoio e as embarcações para o deslocamento dos profissionais devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º Para efeito desta Seção, consideram-se unidades de apoio os estabelecimentos que servem para atuação das ESFR e ESFF e que não possuem outras equipes de Saúde Família vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, § 2º)

Art. 26. As ESFR farão jus ao financiamento vigente para Equipes de Saúde da Família modalidade I. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 11)

Art. 27. As ESFR e ESFF poderão agregar ao seu financiamento: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12)

I - incentivo para cada profissional acrescido à composição mínima prevista no art. 20; e/ou (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, I)

II - incentivo para o custeio da logística, baseado no número de unidades de apoio ou embarcações de que trata o art. 25. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, II)

§ 1º Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica ao qual as ESFR ou ESFF estão vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º Ato do Ministro de Estado da Saúde regulamentará os incentivos financeiros de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, § 2º)

Art. 28. Para implantação de ESFR, os Municípios observarão o fluxo previsto na Seção I do Capítulo II. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13)

§ 1º O projeto de implantação da ESFR conterá: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º)

I - indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente nas comunidades adscritas e os rios do circuito de deslocamento; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, I)

II - número de profissionais em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, II)

III - programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da ESFR a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, III)

IV - descrição da organização das ofertas e ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, IV)

V - descrição de como a gestão municipal do SUS apoiará a ESFR no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, V)

VI - nos arranjos em que a ESFR contar com Unidades de Saúde de Apoio para o atendimento, relação da quantidade e as comunidades em que estão localizadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VI)

VII - nos arranjos em que a ESFR contar com embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento das equipes, relação da quantidade e seus respectivos números, no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VII)

VIII - indicação do Município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a ESFR atender mais de um Município; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VIII)

IX - indicação de como garantirá a referência dos usuários aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, a organização da rede para o atendimento de urgência às comunidades ribeirinhas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, IX)

§ 2º O projeto de que trata o § 1º deverá ser aprovado pela Comissão Intergestores Regional (CIR) ou pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhado pela Secretaria Estadual de Saúde ao Departamento de Atenção

Básica (DAB/SAS/MS) para habilitação. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º As diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 3º)

Art. 29. Recomenda-se que os Municípios utilizem o Telessaúde articulado à Regulação para aumentar a resolubilidade, qualificar os encaminhamentos e organizar o acesso à atenção especializada, considerando o desenho regional. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 14)

Art. 30. As ESFR e as ESFF poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento formal que formalize a relação entre os Municípios, devidamente aprovado na respectiva CIR e CIB, e devem garantir a alimentação das informações de saúde referentes à sua área de abrangência no Sistema de Informação vigente para a Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 15)

Parágrafo Único. Nos termos do art. 12, IV, para recebimento dos incentivos correspondentes às Equipes de Atenção Básica efetivamente implantadas, os Municípios e o Distrito Federal, além de cadastrar no SCNES os profissionais integrantes das equipes previamente credenciadas pelo Estado ou Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades, ficando sujeito a suspensão caso o sistema não seja alimentado e devidamente validado por 3 (três) meses. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 31. As normas para o cadastramento das unidades de apoio ou satélites e embarcações vinculadas a Estabelecimentos de Saúde de Atenção Básica onde as equipes estão vinculadas e alterações nas regras de cadastramento das ESFR e ESFF, com ou sem Saúde Bucal, além da definição dos prazos de implementação no SCNES, serão estabelecidas por ato do Secretário de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 16)

Seção IV
Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais

Art. 32. Esta Seção estabelece os critérios para habilitação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio a que se refere o art. 73 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 1º)

Art. 33. Para fins de habilitação das UBSF, os Municípios interessados deverão providenciar os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º)

I - projeto de implantação da Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF) com itinerário da UBSF, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se houver, pela Comissão Intergestores Regional (CIR); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, I)

II - Título de Inscrição de Embarcação, expedido pela autoridade marítima competente (Capitania dos Portos); e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, II)

III - Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior (NORMAM-02) ou legislação que venha a substituí-la. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, III)

Art. 34. O projeto de implantação da ESFF a que se refere o art. 33, I, deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º)

I - indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, I)

II - número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação de cada (ACS); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, II)

III - programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da ESFF a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, III)

IV - circuito de deslocamento da unidade, especificando comunidades ribeirinhas a serem atendidas e os rios em que a UBSF percorrerá; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, IV)

V - proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde, detalhando-se, principalmente, como será garantido atendimento de urgência, inclusive por meio da disponibilidade de ambulanchas para atendimento às comunidades ribeirinhas; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, V)

VI - descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das ESFF; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VI)

VII - listagem da equipe de saúde que prestará atendimento à população, com observância da composição mínima prevista na Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VII)

VIII - descrição da organização das ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população, como o pré-natal e a puericultura, dentro dos padrões mínimos recomendados; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VIII)

IX - descrição de como a gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) apoiará a ESFF no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, IX)

X - planos da embarcação, contendo fotos dos ambientes nela contidos, obedecendo-se a estrutura física mínima exigida nos termos da Política Nacional de Atenção Básica, e equipamentos que estarão disponíveis na UBSF; e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, X)

XI - indicação do Município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a USFF atender mais de um Município. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, XI)

Art. 35. O processo de habilitação da UBSF compreenderá as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º)

I - reunião dos documentos exigidos nos termos do art. 33; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, I)

II - submissão do projeto de implantação da ESFF à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, II)

III - envio do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde para aprovação da CIB ou, se houver, da CIR; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, III)

IV - envio da resolução da CIB ou, se houver, da CIR e dos documentos exigidos nos termos do art. 33 ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, IV)

V - emissão de parecer técnico pelo Ministério da Saúde que ateste, a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, se a estrutura física da unidade e os equipamentos disponíveis atendem os requisitos mínimos estabelecidos pelo art. 34, X; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, V)

VI - publicação do ato de habilitação da UBSF pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União; e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VI)

VII - cadastramento da UBSF e da ESFF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nos termos Portaria nº 941/SAS/MS, de 22 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VII)

§ 1º Os recursos serão repassados aos Municípios após o cadastramento a que se refere o inciso VII do "caput". (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no inciso V do "caput", o Ministério da Saúde poderá emitir seu parecer com base em prévia manifestação técnica da Secretaria Estadual de Saúde efetuada a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, a respeito do atendimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pela estrutura física da unidade e pelos equipamentos ali disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 3º Caso o plano da embarcação apresentado não seja suficiente para verificação do cumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde notificará a Secretaria Municipal de Saúde para complementação de documentos. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 4º Após a complementação de que trata o art. 35, § 3º , o Ministério da Saúde emitirá o parecer técnico sobre o cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 5º Em caso de emissão de parecer técnico favorável, o Ministério da Saúde ou a Secretaria Estadual de Saúde poderá, a qualquer momento, realizar verificação "in loco" do cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 6º Para os fins do disposto no art. 35, § 5º , a Secretaria Estadual de Saúde comunicará imediatamente o Ministério da Saúde no caso de verificação do descumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 7º)

Art. 36. Para as embarcações já existentes e que não contarem com ambiente para dispensação de medicamentos e laboratório, os Municípios deverão apresentar, obrigatoriamente, no projeto de implantação da ESFF, a forma como será garantida a distribuição de medicamentos e a coleta/entrega de exames laboratoriais aos usuários. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 5º)

Art. 37. Os Municípios com Equipes de Saúde da Família que já exerçam atividades em embarcações com a estrutura física mínima prevista na Política Nacional de Atenção Básica, poderão solicitar a adequação de modalidade para ESFF, observado o regramento previsto nos arts. 33, 34 e 35 do Anexo XXII . (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º)

Parágrafo Único. Aplica-se às embarcações previstas no "caput" deste artigo o disposto no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 38. As UBSF poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize essa relação entre os Municípios, devidamente aprovado pela CIB ou, se houver, pela CIR. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 7º)

Art. 39. Para manutenção dos repasses financeiros, a(s) ESFF deve(m) alimentar, mensalmente, o sistema de informação da atenção básica disponibilizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 8º)

Art. 40. As UBSF devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 9º)

CAPÍTULO III
DOS PROFISSIONAIS

Seção I
Das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico

Art. 41. Esta Seção estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de

Financiamento Estudantil (FIES). (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 203/2013)

Art. 42. As áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta indicadores dentre o seguintes: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º)

I - Produto Interno Bruto (PIB) per capita; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, I)

II - população sem cobertura de planos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, II)

III - percentual da população residente na área rural; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, III)

IV - percentual da população em extrema pobreza; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, IV)

V - percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, V)

VI - percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1.000 (mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VI)

VII - percentual de leitos para cada 1.000 (mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VII)

VIII - indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas, em conformidade com os dados extraídos dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VIII)

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicar a relação das áreas e regiões de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 43. Para obter a extensão do prazo de carência do respectivo financiamento por todo o período de duração da residência médica, o estudante graduado em Medicina deverá optar pelo ingresso em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e em especialidade médica cuja prioridade para o SUS será definida pelo Ministério da Saúde com observância dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º)

I - especialidades definidas como pré-requisito para o credenciamento dos serviços, sobretudo na alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, I)

II - especialidade necessária a uma dada região segundo avaliação da demanda decorrente da evolução do perfil sócio-epidemiológico da população, principalmente relacionadas ao envelhecimento populacional e ao aumento de morbimortalidade decorrente de causas externas; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, II)

III - especialidades necessárias à implementação das políticas públicas estratégicas para o SUS, tais como a Política de Atenção Básica, de Urgência e Emergência, de Saúde Mental, Atenção à Mulher e Criança, Oncológica e Atenção ao Idoso; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, III)

IV - especialidades consideradas escassas ou com dificuldade de contratação em uma dada região segundo análise dos sistemas de informação disponíveis, realização de pesquisa ou demanda referida por gestores da saúde daquela região. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, IV)

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) publicar a relação das especialidades médicas prioritárias de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 44. O requerimento de carência estendida de que trata o art. 43 deverá ser preenchido pelo profissional médico beneficiário de financiamento concedido com recursos do FIES por meio de solicitação expressa, em sistema informatizado específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, contendo, dentre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A)

I - nome completo; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, I)

II - CPF; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, II)

III - data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, III)

IV - correio eletrônico; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, IV)

V - Programa de Residência Médica e instituição a que está vinculado. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, V)

§ 1º O Programa de Residência Médica ao qual o profissional médico esteja vinculado deverá ter início no período de carência previsto no contrato de financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 1º)

§ 2º O coordenador da Comissão de Residência Médica (COREME) da instituição a qual está vinculado o Programa de Residência Médica é responsável pela validação e atualização das informações prestadas pelo profissional médico beneficiário do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 2º)

§ 3º Recebida a solicitação, o Ministério da Saúde comunicará ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a relação de médicos considerados aptos para a concessão da carência estendida por todo o período de duração da residência médica. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 3º)

§ 4º Após ser comunicado, nos termos do § 3º, o FNDE notificará o agente financeiro responsável para a efetivação das medidas relativas à concessão da carência estendida. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 4º)

Art. 45. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou as Coordenações dos Programas de Residência Médica deverão validar e manter cadastro com informações atualizadas dos financiados do FIES sobre o seu exercício profissional nas equipes de saúde da família ou sua participação em Programa de Residência Médica, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 4º)

Parágrafo Único. Caso solicitado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), as Secretarias ou as Coordenações deverão avaliar se as informações prestadas pelo financiado do FIES àquela entidade, referentes ao seu exercício profissional nas equipes de saúde da família ou à sua participação em Programa de Residência Médica, estão em consonância com o cadastro de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 46. A operacionalização do abatimento do saldo devedor consolidado de que trata o 'caput' do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 2001, será executada pelo FNDE e demais normas do FIES, além do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 203/2013)

Art. 47. O profissional médico deverá atuar como integrante de ESF pelo período de, no mínimo, 1 (um) ano ininterrupto como requisito para requerer o abatimento mensal do saldo devedor consolidado do financiamento concedido com recursos do FIES. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-A)

Art. 48. Para requerer o abatimento de que trata esta Seção, o profissional médico preencherá solicitação expressa, em sistema informatizado específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, contendo, dentre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B)

I - nome completo; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, I)

II - CPF; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, II)

III - data de nascimento; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, III)

IV - correio eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, IV)

§ 1º Os gestores de saúde dos Municípios e do Distrito Federal deverão confirmar que o solicitante está em exercício ativo das suas atividades como médico integrante da ESF. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 1º)

§ 2º Recebida a solicitação, o Ministério da Saúde comunicará ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação, a relação de médicos considerados aptos para a concessão do abatimento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 2º)

§ 3º Após ser comunicado, nos termos do §2º, o FNDE notificará o agente financeiro responsável para a suspensão da cobrança das prestações referentes à amortização do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 3º)

§ 4º Anualmente, as informações sobre o exercício ativo do profissional médico integrante da ESF deverão ser atualizadas pelo financiado e validadas pelos respectivos gestores de saúde dos Municípios e do Distrito Federal, nos termos do §5º. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 4º)

§ 5º O abatimento mensal de que trata este artigo será operacionalizado anualmente pelo FNDE. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 5º)

Art. 49. Os critérios e as relações das áreas e regiões e das especialidades médicas prioritárias poderão sofrer alterações e revisões periódicas de acordo com as necessidades do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 6º)

Parágrafo Único. A alteração de que trata o "caput" não se aplica àquele já em gozo da extensão do prazo de carência e do abatimento do saldo devedor consolidado do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 6º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 203/2013)

Seção II

Das especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico

Art. 50. Ficam instituídas as especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 1º)

Art. 51. A instituição das especificações "preceptor" e "residente" de que trata o art. 50 tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º)

I - identificar os médicos residentes e seus preceptores no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins de pagamento dos incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família e acompanhamento das atividades desempenhadas no âmbito da residência médica; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º, I)

II - estimular a ocupação das vagas atualmente disponíveis nos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º, II)

Art. 52. É obrigatório o cadastramento no SCNES pelas Secretarias de Saúde distrital e municipais dos médicos residentes e preceptores nas diversas modalidades de Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 3º)

Art. 53. As Secretarias de Saúde distrital e municipais poderão cadastrar no SCNES médicos residentes nas modalidades de Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica em compatibilidade com a carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais de atuação dos médicos residentes na Unidade Básica de Saúde (UBS) nos termos da Resolução nº 2, de 17 de maio de 2006, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. A cobertura populacional da Equipe de Saúde da Família com médico residente deve ser de, no máximo, o mínimo recomendado na Política Nacional de Atenção Básica, considerando as diversas modalidades

previstas de equipes. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 54. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º)

I - cadastrar os médicos residentes e seus preceptores no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, I)

II - adequar a cobertura populacional conforme modalidade de Equipe de Saúde da Família e limite de usuários por equipe com médico residente; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, II)

III - assegurar o cumprimento mínimo das 30 (trinta) horas semanais de atuação pelo médico residente na Equipe de Saúde da Família, em atendimento ao disposto na Resolução nº 2/CNRM, de 2006; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, III)

IV - atender aos compromissos e contratualizações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de que trata a Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, IV)

V - viabilizar adequadas condições de trabalho e ambiência aos médicos residentes e seus preceptores, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica, com adesão, se necessário, ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma, de que trata a Seção I do Capítulo II do Título II da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, V)

VI - apoiar os preceptores no seu aprimoramento técnico-científico, sempre que necessário, para melhor desenvolvimento de suas funções, por meio da inclusão em processos de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VI)

VII - cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VII)

VIII - conceder, se possível, aos médicos residentes a mesma remuneração conferida aos médicos que trabalham na Atenção Básica com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, considerando-se a proporcionalidade da carga horária de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VIII)

IX - estimular e apoiar a participação das Equipes de Saúde da Família que possuam médicos residentes do PRMFC no PMAQ-AB. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, IX)

Art. 55. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º)

I - monitorar e acompanhar o desenvolvimento dos PRMFC; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, I)

II - fomentar a formação de especialistas no Estado como estratégia de fixação dos profissionais, buscando modificar o quadro de ociosidade dos PRMFC e a força de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, II)

III - cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, III)

IV - promover a inclusão dos preceptores em processos de educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, IV)

V - avaliar e monitorar a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, V)

Art. 56. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º)

I - adequar o SCNES conforme as disposições desta Seção; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, I)

II - avaliar e monitorar a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, II)

III - habilitar a participação das Equipes de Saúde da Família que possuam médicos residentes do PRMFC no PMAQ-AB a partir da solicitação de adesão realizada pelas Secretarias de Saúde distrital e municipais e Equipes de Saúde da Família, considerando-se, ainda, o atendimento das regras previstas na Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, III)

IV - priorizar a entrada das Equipes de Saúde da Família com médicos residentes no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, mantidos os critérios de seleção ao programa; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, IV)

V - efetuar o custeio das bolsas pagas aos médicos residentes em atuação, conforme vagas e programas aprovados no Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA), criado pela Portaria Interministerial nº 1.001 MEC-MS, de 22 de outubro de 2009. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, V)

Art. 57. Os gestores de saúde federal, estaduais, distrital e municipais deverão promover a articulação dos PRMFC com os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e incentivar a integração dos PRMFC com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional Telessaúde Brasil REDES (Telessaúde Brasil Redes) e o internato médico nas UBS com PRMFC. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 8º)

Art. 58. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) regulamentará os meios para identificação dos médicos residentes e seus preceptores no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 9º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXII

Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

1- PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1- Princípios

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

1.2- Diretrizes

- Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

IV- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e

plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

V - Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI.- Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII.- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII.- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX.- Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

2- A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o Distrito Federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locorregionais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;

b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e

c. Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

3- INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território.

3.1. Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

3.2. Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. Consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outro ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com:

Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-X para radiografias periapicais e interproximais; aventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micro-motor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico; unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.

3.3 - Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se :

i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

ii) - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

iii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: População/2.000.

iv)- Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

- Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e

- Padrões Ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas instâncias interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica.

Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS.

A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.

Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se que também realizarem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade. Os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o País, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar de forma mais flexível às necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locorregionais.

As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da RAS.

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:

- Identificação e horário de atendimento;

- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;

- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;

- Relação de serviços disponíveis; e

- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

3.4- Tipos de Equipes:

1.- Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

2.- Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).

Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.

3.- Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;

Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

4- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do territórios.

5- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

a. a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

b. o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

c. o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;

d. o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;

e. cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;

g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e

h. cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5- Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde.

Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde à populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território. Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

3.6- ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1.- Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do País:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por

meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As ESFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação.

As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que servem para atuação das eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os NASF-AB

Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a. até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b. até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

1.- Equipe de Consultório na Rua (eCR) - equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b. Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica.

Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.

O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma específica.

Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Nasf-AB) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

1.- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

4- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1. Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX .Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XXIV-A Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.1- Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2- Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3- Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4- Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.-Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5- Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional

integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6- Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobrem a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

(EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

5- DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I.- Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II.- Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III.- Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV.- Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V.- Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo a acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI.- O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como:

1- consulta ou procedimento imediato;

1-A. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;

2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;

3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;

4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e

5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII.- Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII.- Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos

profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII.- Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX.- Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X.- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI.- Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

XII.- Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quartenária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

a. vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;

c. vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e

d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

XIII.- Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV.- Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XV.- Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XVI.- Participação do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade/demanda da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII.- Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII.- Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX.- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6- DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de

facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I.- Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II.- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III.- Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV.- Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V.- Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I- Recurso per capita:

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

II- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

3. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o número de equipe de Saúde Bucal (eSB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

4. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

4.1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

4.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica. Assim como, os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

4.3. Equipes Consultório na Rua (eCR)

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será definido em portaria específica.

5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF-AB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou 3) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS (EACS) implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item B tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem transferir os dados mensalmente, para o Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES.

III - Do credenciamento

Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:

I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios/Distrito Federal;

a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;

b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal; e

c. As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.

II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:

a. Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

b. após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.

Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

III.- O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e

IV.- Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde , num prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.

Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, conforme normatização vigente; e

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II :

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

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

II.- ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III.- descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e

IV.- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2- Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;

- realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; e

- enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo, acompanhado do anexo referido no item I e documentação necessária a depender do motivo da suspensão.

Parágrafo único: as orientações sobre a documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação.

ANEXO 2 DO ANEXO XXII

Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Anexo 1)

Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição:

UF	Estado	Teto financeiro por estado
DF	DISTRITO FEDERAL	R$ 73.600,00
GO	GOIÁS	R$ 864.000,00
MT	MATO GROSSO	R$ 454.400,00
MS	MATO GROSSO DO SUL	R$ 339.200,00
AL	ALAGOAS	R$ 614.400,00
BA	BAHIA	R$ 2.064.000,00
CE	CEARÁ	R$ 1.462.400,00
MA	MARANHÃO	R$ 1.456.000,00
PB	PARAÍBA	R$ 1.033.600,00
PE	PERNAMBUCO	R$ 1.500.800,00
PI	PIAUÍ	R$ 892.800,00
RN	RIO GRANDE DO NORTE	R$ 710.400,00
SE	SERGIPE	R$ 454.400,00
AC	ACRE	R$ 108.800,00
AP	AMAPÁ	R$ 118.400,00
AM	AMAZONAS	R$ 422.400,00
PA	PARÁ	R$ 720.000,00
RO	RONDÔNIA	R$ 185.600,00
RR	RORAIMA	R$ 80.000,00
TO	TOCANTINS	R$ 313.600,00
ES	ESPÍRITO SANTO	R$ 448.000,00

MG	MINAS GERAIS	R$ 3.340.800,00
RJ	RIO DE JANEIRO	R$ 1.222.400,00
SP	SÃO PAULO	R$ 2.643.200,00
PR	PARANÁ	R$ 1.411.200,00
RS	RIO GRANDE DO SUL	R$ 985.600,00
SC	SANTA CATARINA	R$ 1.078.400,00
Brasil	Total	R$ 24.998.400,00

ANEXO 3 DO ANEXO XXII

Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da Família (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Anexo 2)

Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da FamíliaCaracterização Geral

Município _____

UF _____

Código IBGE_____

1.Número total de equipes de SF do Município:

2.Número de equipes de Saúde da Família que estarão incorporando ACE:

3.Identificação das equipe(s) de Saúde da Família que estarão incorporando ACE:

a) Nome da equipe e número no SCNES

b) Nome da equipe e número no SCNES

c) (identificar todas as equipes)

4.Modalidade das equipes de Saúde da Família referida no item 2

Número de equipes Modalidade I:

Número de equipes Modalidade II:

5.Descrição do processo de trabalho a ser implementado:

Local e Data:

_____

Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 4 DO ANEXO XXII

Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Anexo 1)

Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro

UF	Cód. Município	Município	Total Total
RO	110002	ARIQUEMES	11
RO	110010	GUAJARÁ-MIRIM	5
RO	110013	MACHADINHO D'OESTE	4
RO	110020	PORTO VELHO	21
RO	110026	RIOCRESPO	1
RO	110033	NOVA MAMORE	2
RO	110040	ALTO PARAISO	3
RO	110045	BURITIS	7
RO	110070	CAMPO NOVO DE RONDONIA	3
RO	110080	CANDEIAS DO JAMARI	3
RO	110094	CUJUBIM	2
RO	110110	ITAPUA DO OESTE	2
RO	110160	THEOBROMA	4
RO	110175	VALEDOANARI	2
AC	120001	ACRELANDIA	3
AC	120020	CRUZEIRO DO SUL	13
AC	120033	MANCIO LIMA	2
AC	120038	PLACIDO DE CASTRO	4

AC	120039	PORTO WALTER	1
AC	120042	RODRIGUES ALVES	3
AC	120060	TARAUACA	5
AM	130140	EIRUNEPÉ	10
AM	130220	JURUÁ	3
AM	130280	MARAA	7
AM	130370	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	11
AM	130390	SAO PAULO DE OLIVENÇA	4
AM	130002	ALVARAES	4
AM	130014	APUÍ	5
AM	130020	ATALAIA DO NORTE	2
AM	130030	AUTAZES	7
AM	130040	BARCELOS	5
AM	130063	BERURI	3
AM	130080	BORBA	13
AM	130083	CAAPIRANGA	2
AM	130090	CANUTAMA	4
AM	130110	CAREIRO	9
AM	130115	CAREIRO DA VÁRZEA	3
AM	130120	COARI	18
AM	130165	GUAJARA	3
AM	130170	HUMAITÁ	8
AM	130180	IPIXUNA	4
AM	130185	IRANDUBA	9
AM	130190	ITACOATIARA	15
AM	130200	ITAPIRANGA	2
AM	130230	JUTAÍ	7
AM	130240	LABREA	6
AM	130250	MANACAPURU	18
AM	130255	MANAQUIRI	5
AM	130260	MANAUS	42
AM	130270	MAN ICORE	9
AM	130320	NOVO AIRAO	2
AM	130330	NOVO ARIPUANA	5
AM	130353	PRESIDENTE FIGUEIREDO	5
AM	130356	RIO PRETO DA EVA	7
AM	130360	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	3
AM	130380	SAO GABRIEL DA CACHOEIRA	9
AM	130395	SAO SEBASTIAO DO UATUMA	2
AM	130400	SILVES	1
AM	130410	TAPAUÁ	3
AM	130420	TEFE	14
AM	130426	UARINI	2
RR	140002	AMAJARI	2
RR	140015	BONFIM	3
RR	140017	CANTA	2
RR	140020	CARACARAÍ	3
RR	140023	CAROEBE	1
RR	140028	IRACEMA	2
RR	140030	MUCAJAÍ	3
RR	140047	RORAINOPOLIS	2
RR	140050	SAO JOAO DA BALIZA	1
PA	150530	ORIXIMINA	11
PA	150470	MOJU	15
PA	150345	IPIXUNA DO PARA	5
PA	150060	ALTAMIRA	11

PA	150070	ANAJAS	3
PA	150085	ANAPU	3
PA	150195	CACHOEIRA DE PIRIA	6
PA	150309	GOIANESIA DO PARA	4
PA	150360	ITAITUBA	24
PA	150375	JACAREACANGA	3
PA	150503	NOVO PROGRESSO	2
PA	150548	PACAJA	10
PA	150550	PARAGOMINAS	13
PA	150600	PRAINHA	6
PA	150780	SENADOR JOSE PORFIRIO	3
PA	150810	TUCURUI	13
AP	160005	SERRA DO NAVIO	1
AP	160015	PEDRA BRANCA DO AMAPARI	2
AP	160020	CALCOENE	1
AP	160023	FERREIRA GOMES	1
AP	160040	MAZAGAO	4
AP	160050	OIAPOQUE	3
AP	160053	PORTO GRANDE	2
AP	160070	TARTARUGALZINHO	1
MT	510325	COLNIZA	5
MT	510757	RON DOLANDIA	1

ANEXO 5 DO ANEXO XXII

Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Anexo 2)

Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica

São ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF E/OU Equipes de agentes comunitários de Saúde.

A - COLETAR MATERIAL BIOLÓGICO

1. Atender o paciente;

2. Ponderar o pedido de exame;

3. Certificar-se do preparo do paciente;

4. Posicionar o paciente de acordo com o exame;

5. Identificar o material biológico do paciente;

6. Efetuar assepsia na região de coleta;

7. Puncionar polpa digital;

8. Acondicionar amostra para transporte.

B - RECEBER MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confrontar material biológico com o pedido;

2. Conferir as condições do material biológico.

C - PREPARAR AMOSTRA DO MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confeccionar lâminas (esfregaço);

2. Preparo do esfregaço delgado, quando indicado;

3. Corar lâminas.

D - AJUSTAR EQUIPAMENTOS ANALÍTICOS E DE SUPORTE

1. Executar manutenção preventiva do equipamento;

2. Calibrar o equipamento;

3. Ao final do dia, fazer manutenção e limpeza do microscópio;

4. Providenciar manutenção corretiva do equipamento.

E - REALIZAR EXAMES CONFORME O PROTOCOLO

1. Dosar volumetria de reagentes e soluções para exames;

2. Realizar análise macroscópica;

3. Avaliar a qualidade de coloração da gota espessa;

4. Avalair a qualidade de coloração do esfregaço;

5. Identificar a parasitemia para a malária e demais agravos passíveis de diagnóstico por meio do exame da gota espessa, aos quais estiver capacitado;

6. Realizar análise microscópica e quantificação da parasitemia;

7. Uso de testes rápidos para o diagnóstico de malária (quando se aplica);

8. Comparar resultados com os parâmetros de normalidade;

9. Dispensar ao paciente com malária os medicamentos necessários ao tratamento, de acordo com a espécie parasitária identificada no exame microscópico, conforme preconiza o Manual de Terapêutica da Malária do Ministério da Saúde, se necessário;

10. Comparar o resultado do exame com resultados anteriores;

11. Comparar resultado do exame com os dados clínicos do paciente;

12. Liberar exames para responsável que estiver acompanhando o paciente.

F - ADMINISTRAR O SETOR

1. Organizar o fluxograma de trabalho juntamente com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde;

2. Organizar o local de trabalho;

3. Gerenciar estoque de insumos;

4. Abastecer o setor;

5. Armazenar as amostras;

6. Consumir os kits por ordem de validade;

7. Encaminhar equipamento para manutenção;

8. Participar e promover atividades de capacitação e educação permanente junto à Equipe de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde;

9. Supervisionar as atividades de coleta de exames de gota espessa realizadas pela equipe de Agentes Comunitários de Saúde;

10. Elaborar controles estatísticos e epidemiológicos por meio das fichas do SIVEP - Malária.

G - TRABALHAR COM SEGURANÇA E QUALIDADE

1. Usar equipamento de proteção individual (EPI);

2. Seguir procedimentos e protocolos em caso de acidente;

3. Submeter-se a exames de saúde periódicos;

4. Tomar vacinas;

5. Aplicar normas complementares de biossegurança;

6. Verificar as condições de uso do equipamento;

7. Acondicionar material para descarte;

8. Descartar resíduos químicos e biológicos;

9.Verificar a validade dos reagentes;

10. Descartar kits com validade vencida;

11. Precaver-se contra efeitos adversos dos produtos;

12. Desinfectar instrumental e equipamentos.

H - COMUNICAR-SE

1. Dialogar com o paciente;

2. Orientar o paciente sobre os procedimentos da coleta do material;

3. Registrar a ação da coleta;

4. Anotação do resultado no Boletim de Notificação de Casos de Malária:

a. Método tradicional em cruzes (avaliação semiquantitativa);

B. Método de avaliação quantitativa pela contagem de 100 campos microscópicos.

5. Registrar a medicação que o paciente está tomando no Boletim do SIVEP-Malária;

6. Anotação do resultado no "Livro do Laboratório";

7. Envio das lâminas examinadas para o Laboratório de Revisão (100% das lâminas positivas e 10% das lâminas negativas);

8. Enviar os Boletins de Notificação de Casos de Malária para digitação;

9. Trocar informações técnicas;

10. Consultar o médico, se necessário;

11. Realizar investigação do caso (UF provável de infecção; Município provável de infecção; localidade provável de infecção) junto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, quando necessário;

12. Ao suspeitar de malária grave, providenciar, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, o encaminhamento urgente do doente para a assistência médico-hospitalar;

13. Se o resultado for negativo, encaminhar o paciente à unidade de saúde de referência para o esclarecimento diagnóstico;

14. Fazer o agendamento para o acompanhamento com as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), se necessário;

15. Solicitar material ao almoxarifado;

16. Transcrever resultados observados

ANEXO XXIII

Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Origem: PRT MS/GM 1044/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Art. 2º Poderão aderir, voluntariamente, à política ora instituída, os Municípios e Estados que tiverem sob sua gestão estabelecimento hospitalar que preencha os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º)

I - ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, I)

II - estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, II)

III - possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, III)

IV - estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, IV)

Art. 3º São requisitos necessários para a adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º)

I - estar habilitado segundo as condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional da Assistência - NOB/96 ou na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS - 01/2002; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, I)

II - comprovar a operação do Fundo de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, II)

III - comprovar o funcionamento do Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, III)

IV - apresentar Plano de Trabalho aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, IV)

V - formalizar Termo de Adesão junto ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, V)

Parágrafo Único. As orientações para o desenvolvimento do Termo de Adesão e do Plano de Trabalho serão objeto de Instrução Normativa a ser publicada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá aos estabelecimentos de saúde, de acordo com normatização vigente: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º)

I - adequar o seu perfil assistencial, preferencialmente para: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I)

a) especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica); (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, a)

b) saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, b)

c) pequenas cirurgias, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, c)

d) urgência e emergência, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes e como integrante do sistema regional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, d)

II - participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, de acordo com a realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, II)

III - participar da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, III)

IV - cumprir o Contrato de Metas firmado com o gestor local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, IV)

V - desenvolver ações de qualificação da gestão hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, V)

VI - regularizar e manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VI)

VII - participar na composição do Conselho Gestor do Contrato de Metas; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VII)

VIII - alimentar, sistematicamente, os sistemas de informações do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VIII)

Parágrafo Único. O perfil assistencial dos Hospitais de Pequeno Porte poderá ser adequado de forma alternativa, a critério do gestor de saúde, desde que sejam respeitados os requisitos técnicos e a legislação pertinente nas áreas fins. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A oferta quantitativa de leitos dos Hospitais de Pequeno Porte será ajustada tomando como parâmetro: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º)

I - a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 5% da população da área de abrangência/ano; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, I)

II - taxa de ocupação de 80%; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, II)

III - média de permanência de 5 dias. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, III)

§ 1º Os parâmetros de que trata este artigo expressam-se na fórmula Necessidade de Leitos = Necessidade de Internações Programadas/Capacidade de Internação por Leito, conforme orientações do Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Esses parâmetros serão reavaliados periodicamente pelo Ministério da Saúde, podendo ser atualizados na medida da necessidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá ao responsável pela gestão do sistema hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º)

I - apresentar diagnóstico da rede hospitalar e sua integração com o sistema de atenção local e regional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, I)

II - elaborar Plano de Trabalho a ser submetido ao respectivo Conselho de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, contendo o detalhamento das metas, ações e programações a serem implementadas nas unidades de saúde que preencherem os critérios de seleção; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, II)

III - desenvolver a capacitação institucional e modernização da gestão visando à qualificação permanente das ações integradas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, III)

IV - pactuar com os gestores municipal e estadual os mecanismos de referência e contra-referência para atendimento à população em sua microrregião, em consonância com as diretrizes da regionalização dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, IV)

V - elaborar relatório semestral contendo avaliação das ações realizadas, a ser apresentado ao respectivo Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, V)

VI - acompanhar e avaliar o desempenho dos estabelecimentos de saúde e o cumprimento do Contrato de Metas; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VI)

VII - monitorar a alimentação das informações nos bancos de dados do SUS, por parte dos estabelecimentos de saúde contratados; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VII)

VIII - garantir a integração do hospital com a rede de atenção básica e a implementação das políticas de saúde prioritárias do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, aos Estados caberá: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º)

I - oferecer cooperação e assessoria técnica aos municípios para a elaboração do diagnóstico e dos "Planos de Trabalho"; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, I)

II - desenvolver e implementar projetos estratégicos para a capacitação de gestores municipais e gerentes das unidades hospitalares de pequeno porte; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, II)

III - encaminhar ao Ministério da Saúde, após apreciação pela CIB, a formalização da adesão do Estado à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte e os Planos de Trabalho formulados pelos Municípios ou pelo próprio Estado; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, III)

IV - participar no financiamento, conforme estabelecido no art. 10, § 1º ; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, IV)

V - acompanhar, supervisionar e avaliar os projetos, encaminhando ao Ministério da Saúde os relatórios semestrais contendo avaliação do impacto das ações realizadas; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, V)

VI - estimular o processo de descentralização das unidades sob gestão estadual. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, VI)

Art. 8º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, ao Ministério da Saúde caberá: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º)

I - implementar políticas e estratégias em conjunto com Estados e municípios, resultantes da pactuação entre as três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, I)

II - oferecer assessoria técnica a Estados e municípios para a elaboração e implantação dos Planos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, II)

III - desenvolver e implementar projetos estratégicos, em parceria com Estados e municípios, para a capacitação de gestores estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, III)

IV - monitorar, controlar e avaliar a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, IV)

V - analisar e encaminhar os projetos para homologação na Comissão Intergestores Tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, V)

VI - aprimorar e utilizar os sistemas de informação existentes para o acompanhamento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, VI)

Art. 9º A alocação de recursos de custeio aos estabelecimentos de saúde que atenderem aos critérios definidos no art. 2º será efetuada por Orçamento Global, mediante Contrato de Metas. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º)

§ 1º O valor correspondente ao custeio global dos hospitais de pequeno porte, em conformidade com o art. 5º, será normatizado pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O repasse dos recursos de custeio será realizado de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos Estaduais e Municipais, de acordo com as normas vigentes para tal finalidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A adesão e o valor de contrato destinado a cada estabelecimento de saúde, bem como os valores a serem repassados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde serão publicados no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 3º)

Art. 10. O Ministério da Saúde utilizará como base para a execução da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte o montante de recursos utilizados para o pagamento da produção apresentada pelos estabelecimentos de saúde no ano de 2003, acrescido do impacto financeiro de todos os reajustes concedidos até a data da contratação desses hospitais. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10)

§ 1º Os recursos financeiros necessários à cobertura da diferença entre o faturamento SUS pago no ano de 2003 para cada estabelecimento e o valor previsto para a orçamentação global por meio do Contrato de Metas serão divididos igualmente entre o Ministério da Saúde e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, poderão ser apresentadas, para apreciação e deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), propostas de custeio prevendo a participação de municípios, pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10, § 2º)

Art. 11. Os recursos financeiros de investimento necessários deverão estar em conformidade com o Plano Diretor de Investimentos dos Estados. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 11)

Parágrafo Único. Os projetos de investimento deverão ser apresentados de acordo com a Cartilha de Apresentação de Propostas do Ministério da Saúde, mediante a Celebração de Convênios e Instrumentos Congêneres, conforme a normatização vigente e disponível no endereço eletrônico portalfns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 12. O acompanhamento do Contrato de Metas será realizado por Conselho Gestor a ser instituído pelo respectivo Conselho de Saúde ou por Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas no âmbito do respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 12)

Parágrafo Único. O Órgão Colegiado de Acompanhamento de que trata o caput deste artigo deverá efetuar o acompanhamento mensal do Contrato de Metas e avaliar os relatórios semestrais das atividades desenvolvidas pelo estabelecimento de saúde, incluindo a análise de documentos contábeis, balancetes e outros julgados cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 13. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) definirá, em portaria complementar, os parâmetros e indicadores para acompanhamento e avaliação de desempenho dos estabelecimentos de saúde, visando à manutenção do repasse de recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13)

§ 1º O não cumprimento das obrigações previstas na Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte e no Contrato de Metas implicará na suspensão das transferências financeiras pactuadas. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde apresentará, para aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite, a desqualificação dos Estados e municípios que não comprovarem o cumprimento de suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13, § 2º)

Art. 14. Fica vedado o credenciamento pelo SUS de novos hospitais de pequeno porte em todo o território nacional, bem como o investimento do SUS para construção desse tipo de unidade, levando em consideração os parâmetros de necessidade de leitos, e o disposto no art. 5º. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 14)

Art. 15. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias para a operacionalização da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 15)

CAPÍTULO II
DA PARTICIPAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Seção I
Disposições Gerais

Art. 16. A critério dos gestores estaduais e municipais de saúde, fica facultada a participação de estabelecimentos de saúde na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte que detenham as características constantes dos itens abaixo, desde que cumpridos os demais critérios de seleção estabelecidos pelo Anexo XXIII: (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º)

I - estabelecimentos de saúde com mais de 30 leitos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, após o ajuste de leitos definidos pelo art. 5º apresentar necessidade de até 30 leitos; (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, I)

II - estabelecimentos de saúde que estão localizados em municípios com cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) menor que 70% poderão apresentar planos de trabalho para adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, a vigência do efeito financeiro só terá início mediante a adequação da cobertura do PSF maior que 70%, comprovada por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB; e (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, II)

III - estabelecimentos de saúde que apresentam valores financeiros da AIH 2004 maior que o definido pela Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, poderão aderir, considerando a base da AIH 2004 como seu valor de custeio correspondente. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, III)

Art. 17. O disposto no art. 14 não se aplica aos estabelecimentos de saúde públicos e filantrópicos, construídos, até a data de publicação da Portaria nº 852/GM/MS, de 07 de junho de 2005, e operacionalizados com recursos públicos, ainda não cadastrados no CNES, e considerados relevantes para o sistema local de saúde pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 2º)

Parágrafo Único. As unidades que se enquadram no disposto neste artigo deverão aderir à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, mediante justificativa do gestor estadual de saúde, apresentada à Secretaria de Atenção à Saúde, para análise aprovação e registro no CNES. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 2º, Parágrafo Único)

Seção II
Dos critérios da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte dos estados participantes da Amazônia Legal

Art. 18. Para a alocação de recursos financeiros dos hospitais de Pequeno Porte dos estados integrantes da região da Amazônia Legal, será considerada a oferta quantitativa do ajuste de leitos/necessidade de leitos, conforme o definido no Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1, tomando como parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º)

I - a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 6% da população da área de abrangência/ano; (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, I)

II - taxa de ocupação de 80%; e (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, II)

III - média de permanência de 5 dias. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, III)

Art. 19. Poderão aderir à Política Nacional, a critério dos gestores estaduais e municipais de saúde, os hospitais de pequeno porte da Amazônia Legal localizados em municípios que ainda não atingiram a cobertura mínima de 70% por Equipes de Saúde da Família (ESF). (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 2º)

Parágrafo Único. A adequação do critério de cobertura populacional por ESF terá efeito para estados/municípios que apresentem em seus planos municipais de saúde ações e metas progressivas de qualificação da atenção básica, demonstrando a integração/interface entre a atenção básica e a atenção hospitalar, nesse nível de complexidade, dentro da lógica do Pacto de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 20. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) será a instância de pactuação, avaliação e deliberação da análise e definição das propostas apresentadas com vistas à participação dos estabelecimentos de saúde/municípios na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte da Amazônia Legal. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 3º)

ANEXO XXIV
Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Origem: PRT MS/GM 3390/2013)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º)

Art. 2º As disposições regulamentares da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 2º)

Art. 3º Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica especifica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 3º)

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS locorregional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º)

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º Para efeito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), considera-se: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º)

I - acessibilidade hospitalar: a condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos do hospital por uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, I)

II - acolhimento: a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, II)

III - apoio matricial: o suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, III)

IV - auditoria clínica: a análise crítica e sistemática da qualidade de atenção à saúde prestada no hospital, incluindo-se os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, uso dos recursos e os resultados para os usuários; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, IV)

V - classificação de risco: protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, V)

VI - clínica ampliada: dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VI)

VII - diretrizes terapêuticas: recomendações desenvolvidas de modo sistemático para auxiliar os profissionais de saúde e usuários no momento da tomada de decisões acerca de circunstâncias clínicas específicas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VII)

VIII - gerência: administração de uma unidade ou órgão de saúde, tais como ambulatório, hospital, instituto e fundação, que se caracteriza como prestador de serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VIII)

IX - gestão: atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde municipal, distrital, estadual ou nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, envolvendo as macrofunções de formulação de políticas/planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados e prestação direta de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, IX)

X - gestão da clínica: práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos usuários por meio da gestão de leitos, corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, X)

XI - gerenciamento de leitos: dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XI)

XII - horizontalização do cuidado: a forma de organização do trabalho em saúde, na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XII)

XIII - linha de cuidado: a estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIII)

XIV - Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas

ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIV)

XV - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH): Núcleo composto por profissionais das diversas áreas do hospital cuja finalidade é a garantia da qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências na forma do Título I do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XV)

XVI - modelo de atenção: forma como é organizado o sistema de saúde a partir da compreensão do processo de saúde e doença, do modo como se organiza a oferta de serviços e suas formas de intervenção por meio dos modelos de práticas profissionais e institucionais estruturadas para o atendimento de necessidades individuais e coletivas, específicas para um determinado contexto histórico e social; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVI)

XVII - Plano Terapêutico: plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVII)

XVIII - ponto de atenção: espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, como uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade de atenção paliativa, etc.; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVIII)

XIX - prontuário único: o conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIX)

XX - Portas Hospitalares de Urgência e Emergência: serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, etc.; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XX)

XXI - protocolo clínico: documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXI)

XXII - RAS: malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXII)

XXIII - visita aberta: o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXIII)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO II)

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º)

I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, I)

II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, II)

III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, III)

IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IV)

V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, V)

VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VI)

VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VII)

VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VIII)

IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IX)

X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, X)

XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XI)

XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XII)

XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIII)

XIV - monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIV)

CAPÍTULO III
DOS EIXOS ESTRUTURANTES
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III)

Art. 7º São eixos estruturantes da PNHOSP: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º)

I - Assistência Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, I)

II - Gestão Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, II)

III - Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, III)

IV - Financiamento; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, IV)

V - Contratualização; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, V)

VI - Responsabilidades das Esferas de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, VI)

Seção I
Do Eixo de Assistência Hospitalar
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 8º A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 8º)

Art. 9º A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras politicas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 9º)

Art. 10. A assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas, será prestada em Regime de Hospital Dia, nos termos do Anexo 1.

Art. 11. O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10)

§ 1º O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonancia com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 2º)

§ 3º A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 3º)

Art. 12. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11)

§ 1º A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 2º)

§ 3º A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 3º)

§ 4º O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 4º)

§ 5º As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 5º)

§ 6º O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 6º)

§ 7º Cabe ao hospital implantar os núcleos de Segurança do Paciente nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, de forma a elaborar um Plano de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 7º)

§ 8º Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 8º)

§ 9º Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde deverão ser implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 9º)

Art. 13. Cabe ao hospital identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 12)

Art. 14. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 13)

Art. 15. Os usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. O direito de crianças e adolescentes de brincar será assegurado, assim como o direito de estudar, que será implementado de acordo com o estabelecido pela Secretaria de Educação Estadual, Distrital e Municipal em articulação com gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 16. A auditoria clínica interna periódica será realizada, no mínimo a cada 2 (dois) anos, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 15)

Art. 17. A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16)

I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, I)

II - articulaçao da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, II)

III - implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, III)

Seção II
Do Eixo de Gestão Hospitalar
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 18. A gestão da atenção hospitalar será pautada: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17)

I - na garantia do acesso e qualidade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, I)

II - no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, II)

III - na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, III)

IV - no planejamento participativo e democrático. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, IV)

Art. 19. A gestão da atenção hospitalar no SUS será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18)

I - o papel do hospital na rede; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, I)

II - a implementação de fluxos regulatórios; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, II)

III - a contratualização; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, III)

IV - os critérios de monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, IV)

§ 1º O gestor estadual, distrital ou municipal de saúde será responsável pela regulação da atenção hospitalar, nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS, utilizando-se de protocolos assistenciais e de critérios de priorização de riscos e vulnerabilidades, conforme pactuação da CIB ou da CIR, quando existir, para proporcionar acesso ao cuidado adequado no tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, § 1º)

§ 2º Os hospitais disponibilizarão ações e serviços de saúde às centrais de regulação de acordo com o pactuado no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, § 2º)

Art. 20. O Plano Diretor e os contratos internos de gestão do hospital, desde que monitorados e avaliados rotineiramente, poderão ser ferramentas adotadas para o cumprimento dos compromissos e metas pactuados com o gestor e para a sustentabilidade institucional. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19)

§ 1º Cabe aos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 1º)

§ 2º A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 2º)

§ 3º A ambiência hospitalar deverá adotar uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 3º)

§ 4º Deverão ser garantidos o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 4º)

Art. 21. A administração dos hospitais será profissionalizada por meio de ações de indução e apoio à formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 20)

Art. 22. A administração dos insumos, da infraestrutura, de recursos financeiros e a gestão da força de trabalho serão direcionados para o cumprimento do papel do hospital na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 21)

Art. 23. Para efeito de investimento pelo SUS, a direção do hospital pactuará junto aos gestores do SUS a demanda para ampliação ou reforma da capacidade instalada e incorporação de tecnologias que impliquem em acréscimos na contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 22)

Seção III
Dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar

Art. 24. Ficam instituídos os Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. São consideradas como Centros Colaboradores aquelas instituições hospitalares, integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham comprovada experiência e qualidade na gestão organização assistencial e, portanto, estejam aptas a desenvolver ações de assessoria/consultoria a outros hospitais, igualmente integrantes do Sistema. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 25. Compete aos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar o desenvolvimento de atividades de assessoria/consultoria, nas áreas em que forem selecionados, junto a hospitais predefinidos pela Secretaria de Atenção à Saúde/SAS e integrantes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 2º)

Art. 26. A Secretaria de Atenção à Saúde deve estabelecer critérios de seleção para os hospitais que atuarão como Centros Colaboradores, celebrando, com os mesmos, Termos de Cooperação Técnica para a execução das atividades de assessoria/consultoria, bem como adote todas as demais providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 3º)

Art. 27. Será concedido, por meio de ato próprio, às Instituições selecionadas que firmarem o Termo de Cooperação Técnica, de que trata o art. 26, e atuarem como Centros Colaboradores, o Título de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, que terá validade pelo período de 01 (um) ano. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 4º)

Parágrafo Único. As instituições tituladas como Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar serão priorizadas no estabelecimento de outras parcerias com o Ministério da Saúde na área de assistência hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 4º, Parágrafo Único)

Seção IV
Do Eixo de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 28. Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no SUS constituem-se em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, devendo os hospitais integrantes do SUS desempenhar um importante papel na formação, tanto para suas equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, de acordo com o pactuado com os gestores. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23)

§ 1º Os hospitais integrantes do SUS deverão participar tanto de ações de formação de novos profissionais de saúde, quanto de educação permanente em saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, devendo integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23, § 1º)

§ 2º Os hospitais podem ter uma missão específica de ensino para graduação e pós-graduação na área da saúde, podendo receber a Certificação como Hospital de Ensino (HE), de acordo com os critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23, § 2º)

Art. 29. Os hospitais adotarão as seguintes estratégias de valorização dos trabalhadores: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24)

I - avaliação de desempenho; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, I)

II - educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, II)

III - avaliação da atenção à saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, III)

§ 1º A avaliação de desempenho dos trabalhadores pressupõe a existência de oportunidades sistemáticas para análises individuais e coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores, buscando a corresponsabilização das equipes com as avaliações. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 1º)

§ 2º O programa de educação permanente em saúde deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes dos hospitais, baseado no aprendizado em serviço, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais e das equipes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 2º)

§ 3º A atenção à saúde do trabalhador contemplará ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 3º)

Art. 30. A gestão da força de trabalho na atenção hospitalar no SUS será direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, buscando atender aos pressupostos da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 25)

Seção V
Do Eixo de Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 31. O financiamento da assistencia hospitalar será realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS e o disposto no Anexo 3. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 26)

Art. 32. A busca da sustentabilidade será uma das bases do custeio dos hospitais, considerando a sua população de referência, o território de atuação, a missão e o papel desempenhado na RAS, pactuados regionalmente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27)

§ 1º Todos os recursos que compõem o custeio das ações e serviços para a atenção hospitalar constarão em um único instrumento formal de contratualização, mediado pelo cumprimento de metas qualiquantitativas de assistência, gestão e ensino/pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27, § 1º)

§ 2º As regiões com populações dispersas e rarefeitas em grandes extensões territoriais, como a Amazônia Legal, terão mecanismos de custeio que considerem as especificidades regionais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27, § 2º)

Art. 33. Os recursos de investimento destinados à atenção hospitalar considerarão a ampliação da capacidade instalada, a renovação do parque tecnológico e a inovação de tecnologias, respeitando as especificidades regionais e as pactuações locais, de acordo com os seguintes critérios de priorização: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28)

I - estar em consonância com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, I)

II - contemplar os projetos de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritárias do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, II)

III - priorizar regiões remotas com grandes vazios assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, III)

Seção VI
Do Eixo de Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção V)

Art. 34. Os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. A contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 35. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa, de acordo com o disposto no Anexo 2 e as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30)

I - adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, I)

II - definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, II)

III - estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas qualiquantitativas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, III)

IV - aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, IV)

V - efetivação do controle social e garantia de transparência. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, V)

Art. 36. O gestor local levará em consideração os seguintes critérios de priorização para a contratualização: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31)

I - hospitais públicos, quais sejam federais, estaduais, distrital ou municipais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, I)

II - hospitais de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, II)

III - hospitais de direito privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% (sessenta por cento) dos seus serviços ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, III)

IV - demais hospitais privados sem fins lucrativos; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, IV)

V - hospitais privados com fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, V)

Seção VII
Do Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção VI)

Art. 37. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS, são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios,

de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32)

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º)

I - definir, implementar, monitorar e avaliar a PNHOSP em consonância com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização com direção única em cada esfera de governo, da forma pactuada na CIT; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, I)

II - estabelecer, no Plano Nacional de Saúde, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar em todo território nacional; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, II)

III - definir, monitorar e avaliar a contratualização da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, IV)

V - estabelecer diretrizes nacionais para a educação permanente em saúde na atenção hospitalar, de acordo com a pactuação na CIT; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, V)

VI - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VI)

VII - fomentar a gestão de tecnologias em saúde direcionadas para a atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VII)

VIII - articular com o Ministério da Educação mudanças curriculares para os cursos de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado para atuação na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VIII)

IX - estabelecer, de acordo com a pactuação na CIT, mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho, de processos e de resultados; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, IX)

X - ser copartícipe da contratualização dos hospitais sob sua gerência com os gestores locais e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, X)

XI - organizar, executar e avaliar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XI)

XII - prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios no processo de qualificação da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XII)

XIII - prestar assessoria técnica aos hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XIII)

XIV - viabilizar parcerias com organismos internacionais e o setor privado para o fortalecimento da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XIV)

§ 2º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º)

I - coordenar, no âmbito estadual ou do Distrito Federal, a implantação, o monitoramento e a avaliação da PNHOSP, de forma pactuada na CIB e na CIR; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, I)

II - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual ou do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, II)

III - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, IV)

V - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, V)

VI - organizar, executar e/ou gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VI)

VII - elaborar as prioridades e fomentar a realização de ensino e pesquisa que fortaleçam a assistência hospitalar aos usuários do SUS, em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VII)

VIII - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, os mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho e qualidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VIII)

IX - prestar assessoria técnica aos Municípios e hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, IX)

X - propor diretrizes estaduais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, X)

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, XI)

§ 3º Compete às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º)

I - coordenar, no âmbito municipal e do Distrito Federal, a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de acordo com o pactuado na CIB e na CIR; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, I)

II - estabelecer, no Plano Municipal e do Distrito Federal de Saúde, as metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, II)

III - estabelecer de forma pactuada com os Estados, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, IV)

V - organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, V)

VI - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VI)

VII - estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VII)

VIII - prestar assessoria técnica aos hospitais sob sua gestão no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VIII)

IX - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, IX)

X - propor diretrizes municipais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, X)

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais no âmbito do seu território nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, XI)

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 38. A implementação da PNHOSP será gradual, a partir da celebração de novas contratualizações, com prioridade para os hospitais que fazem parte das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 33)

Art. 39. Fica instituído o Comitê Gestor da Atenção Hospitalar, com composição tripartite, que monitorará e avaliará a PNHOSP periodicamente, além de estudar e aprofundar as discussões para o aprimoramento de seus eixos estruturantes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34)

§ 1º O Comitê Gestor de que trata o "caput" deverá aprofundar as discussões para reformulação da modelo de financiamento da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34, § 1º)

§ 2º Ato específico do Ministro de Estado da Saúde regulamentará o funcionamento e disporá acerca da composição e competências do Comitê de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34, § 2º)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO V)

Art. 40. As unidades hospitalares certificadas como Hospitais de Excelência, nos termos do Anexo XCIII da Portaria de Consolidação nº 5, obedecerão à regulamentação aplicável à Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) quando atuarem na prestação de ações e serviços de saúde para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 35)

Art. 41. A SAS/MS publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações especificas para a execução da PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 36)

ANEXO 1 DO ANEXO XXIV
Da modalidade de assistência em regime de hospital-dia (Origem: PRT MS/GM 44/2001)

Art. 1º Fica aprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a modalidade de assistência - Hospital Dia. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 1º)

Art. 2º O Regime de Hospital Dia é definido como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 2º)

Art. 3º Para a realização de procedimentos em regime de Hospital Dia as Unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), deverão cumprir os requisitos abaixo descritos, sendo a vistoria realizada pela Secretaria Estadual/Municipal de Saúde e os relatórios encaminhados à Secretaria de Atenção à Saúde para providências relativas à publicação de ato normativo: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º)

I - condições gerais da unidade: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I)

a) recepção com sala de espera; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, a)

b) vestiário masculino e feminino; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, b)

c) sanitários para pacientes, acompanhantes e funcionários; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, c)

d) oferecer refeições adequadas durante o período de permanência do paciente na Unidade; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, d)

e) equipe de plantão com no mínimo 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira e auxiliares de enfermagem em número suficiente e correspondente aos leitos disponíveis, durante todo o período de funcionamento da unidade para prestar assistência aos pacientes; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, e)

f) garantir vaga na própria unidade de saúde ou referência para transferência, quando necessário, de pacientes para outras unidades hospitalares mais complexas ou unidade de tratamento intensivo, quando não possuir; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, f)

g) garantir a continuidade e assistência após alta ou em decorrência de complicações; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, g)

h) obedecer os parâmetros constantes da Portaria GM/MS nº 1.884/94; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, h)

II - condições e requisitos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos em regime de atendimento em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II)

a) centro cirúrgico com sala(s) cirúrgica(s) devidamente equipada(s); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, a)

b) centro de esterilização e desinfecção de materiais einstrumentos de acordo com normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, b)

c) condições mínimas para realização do ato anestésico, conforme Resolução nº 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, c)

d) enfermaria masculina, feminina e pediátrica quando for o caso, para recuperação e observação pós-anestésica devidamente equipada com oxigênio, carro de parada e medicamentos necessários em emergências, etc; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, d)

III - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária de 08 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, a)

b) situar-se em área específica independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de assistência à saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades sonoterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, d)

e) recursos humanos: a equipe mínima, por turno de 04 horas, para atendimento de 30 pacientes dia, deve ser composta por: 01 médico, 01 enfermeiro e 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, e)

IV - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - AIDS: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional , em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, a)

b) situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de atendimento ao paciente com AIDS; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente com AIDS na comunidade e sua inserção social; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, d)

e) recursos Humanos: a equipe mínima, deve ser composta por: 01 médico, 01 enfermeiro e 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, e)

V - Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Geriatria: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V)

a) possuir estrutura assistencial para os idosos realizarem ou complementarem tratamentos médicos, terapêuticos, fisioterápicos ou de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, a)

b) planta física adequada para receber o paciente idoso, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, b)

c) recursos humanos: 01 Geriatra; 02 enfermeiros; 07 auxiliares de enfermagem; 01 assistente social; outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica. A equipe multiprofissional ampliada não necessita ser exclusiva do serviço, devendo ser composta por: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo. A equipe consultora será envolvida somente nos casos em que a equipe básica estabelecer como necessário e apropriado; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, c)

VI - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, a)

b) situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); visitas domiciliares; atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, d)

e) recursos humanos: pediatra; pneumologista; gastroenterologista; cardiologista; otorrinolaringologista; fisioterapeuta; enfermeiro; psicólogo; assistente social; outros profissionais necessários à realização das atividades; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, e)

VII - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia em intercorrências após Transplante de Medula Óssea e outros precursores hematopoiéticos: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII)

a) estar integrado à Unidade de Transplante de Medula Óssea, com acesso aos seguintes serviços do Hospital Geral: radiologia; laboratórios; serviço de endoscopia gástrica enteral e brônquica; transporte; farmácia (que deve fornecer os medicamentos para o tratamento do transplantado quando internado e domiciliado); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, a)

b) instalações físicas: o serviço de Hospital Dia deverá contar com as seguintes instalações: consultórios para atendimento; sala de procedimentos; quartos para repouso, administração de medicação e precursores hematopoiéticos; posto de enfermagem; e sala com poltronas para administração de medicações; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, b)

c) recursos humanos: hematologista ou oncologista ; pediatra; enfermeiro, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem; oftalmologista; nutricionista; assistente social; psicólogo; fisioterapeuta; odontólogo; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, c)

d) procedimentos diagnósticos: a unidade de saúde deverá possuir capacidade para realização dos seguintes procedimentos: biópsias de medula óssea; biópsia de pele; biópsia hepática; inserção de cateter venoso em veia central; coleta de sangue e fluídos. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, d)

Art. 4º Ficam estabelecidos os seguintes critérios para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º)

I - procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, I)

II - procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, II)

III - procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, III)

IV - obrigatoriamente para todo paciente será aberto prontuário constando de: identificação completa, anamnese, exame físico, ficha de descrição do ato cirúrgico e anestésico, folha de prescrição médica, observação de enfermagem, registro de dados vitais durante todo período pré e pós-operatórios, o qual ficará arquivado na unidade de saúde à disposição da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou Ministério da Saúde, pelo período que a legislação estabelece. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, IV)

Art. 5º Ficam estabelecidos os seguintes critérios para seleção dos pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º)

I - paciente hígido com ausência de comprometimento sistêmico; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º, I)

II - paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º, II)

Art. 6º Ficam estabelecidos os seguintes critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º)

I - lúcido, orientado no tempo e no espaço, sem grandes queixas de dor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, I)

II - sinais vitais estáveis há pelo menos 60 (sessenta) minutos antes da alta; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, II)

III - ausência de náuseas e vômitos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, III)

IV - capacidade de ingerir líquidos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, IV)

V - ausência de sangramento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, V)

VI - micção espontânea; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VI)

VII - acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VII)

VIII - orientação verbal e por escrito ao paciente e ou familiares dos cuidados pós-operatórios bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Ficam estabelecidos as seguintes formas de pagamento para os procedimentos realizados em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º)

I - atendimento em regime de Hospital Dia em Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos em regime de Hospital Dia em Saúde Mental as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, a)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, b)

c) as diárias serão pagas em 05 dias úteis semanais, sendo a validade da AIH de 45 dias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, c)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, d)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia em Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, e)

II - atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, a)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, b)

c) as diárias serão pagas por 05 dias úteis semanais, pelo máximo de 45 dias corridos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, c)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, d)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia - AIDS; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, e)

III - atendimento em regime de Hospital Dia em Geriatria: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, a)

b) a AIH para atendimento em regime de Hospital Dia Geriátrico terá validade de 30 dias, devendo ser lançado na primeira linha do campo serviços profissionais o número de diárias utilizadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, b)

c) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, c)

d) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia - Geriátrico; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, d)

IV - atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística as Unidades previamente habilitadas e que comprovadamente realizem atendimento ambulatorial especializado ao portador de Fibrose Cística; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, b)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, c)

c) as diárias serão pagas por no máximo 05 dias úteis por semana, pelo máximo de 30 dias corridos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, d)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, e)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, f)

V - atendimento em regime de Hospital Dia - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V)

a) a cobrança dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, constantes do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV e dos que posteriormente venham a ser incluídos nesta modalidade de assistência, será efetuada por meio de AIH; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, a)

b) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos por Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, b)

c) para caracterização dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos para cobrança em AIH deverá ser lançado no caráter de internação como segundo dígito o número 1, especificamente para os casos de: 1.1 - Eletivo - Atendimento em regime de Hospital Dia; 2.1 - Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência - Atendimento em regime de Hospital Dia; 4.1 - Câmara de Compensação de Alta Complexidade - Atendimento em regime de Hospital Dia; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, c)

d) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, d)

VI - atendimento em Regime de Hospital Dia para intercorrências após transplante de medula óssea e outros órgãos hematopoiéticos: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI)

a) autogênico: o limite de cobrança por AIH, para o procedimento é de 07 (sete) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência à maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 06 (seis) meses da realização do transplante; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, a)

b) alogênico aparentado: o limite de cobrança por AIH, é de 15 (quinze) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 meses da realização do transplante; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, b)

c) alogênico não aparentado: o limite de cobrança por AIH, é de 30 (trinta) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 (vinte e quatro) meses da realização do transplante. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, c)

Art. 8º A modalidade de assistência - Hospital Dia obedecerá ao que se segue: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º)

I - as unidades cadastradas somente no SIA/SUS, deverão solicitar à Secretaria Estadual de Saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, o cadastramento no SIH/SUS, para cobrança dos procedimentos na modalidade de atendimento em regime de Hospital Dia, desde que demonstrem capacidade para o cumprimento dos requisitos específicos para cada área. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º, I)

II - a Secretaria Estadual de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde estabelecerá as rotinas de supervisão, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria pertinentes, providenciando o treinamento e apoio técnico necessário para promover a qualidade da atenção à saúde nesta modalidade. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º, II)

Art. 9º Ficam mantidas as habilitações dos Hospitais autorizados para realização de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria, Saúde Mental e AIDS. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 9º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá efetuar a atualização dos procedimentos relativos à assistência em regime de Hospital Dia sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 11)

ANEXO A DO ANEXO 1 DO ANEXO XXIV

Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Anexo 1)

CODIGO	PROCEDIMENTO
31001050	Biopsia da prostata
31001084	Epididimo Deferente Neostomia
31001092	Espermatocelectomia
31002048	Extirpacao De Glandula De Cowper
31002056	Incisao E Drenagem De Abscesso Prostatico
31002064	Exploracao Cirurgica Da Bolsa Escrotal
31002072	Tratamento cirurgico da hidrocele
31002080	Epididimectomia
31002099	Exerese de cisto do cordao espermatico
31003060	Incisao e drenagem de abscesso da bolsa escrotal

31003079	Tratamento cirurgico da varicocele
31003095	Exerese De Tumor Do Cordao Espermatico
31004067	Plastica da bolsa escrotal
31004075	Orquiectomia unilateral
31004083	Epididimectomia Com Esvaziamento Ganglionar
31005047	Incisao E Drenagem De Abscesso Periuretral
31005063	Resseccao parcial da bolsa escrotal
31005071	Orquiectomia Com Esvaziamento Ganglionar
31005080	Exerese de cisto do epididimo
31005098	Vasectomia Parcial Ou Completa
31007040	Resseccao da caruncula uretral
31008046	Resseccao de prolapso da mucosa da uretra
31009077	Reparacao E Operacao Plastica Do Testiculo
31013031	Tratamento Cirurgico Da Cistocele
31014046	Uretroplastia (Resseccao De Corda)
31018041	Meatotomia
32001010	Biopsia Do Miocardio
32002033	Biopsia Do Conduto Linfatico
32003030	Exerese de ganglio linfatico
32004036	Incisao E Drenagem De Ganglio Linfatico
32005016	Introducao De Eletrodo Temporario De Marca Passo
32013019	Marcapasso (Troca De Gerador De Estimulo)
32013035	Biopsia Pre-Escalenica
32014015	Marcapasso Cardiaco (Epicardico)
32015011	Marcapasso Cardiaco (Intracavitario)
32030010	Estudo Eletrofisiologico (E. Terapeutico)
32031017	Estudo Eletrofisiologico Diagnostico E Terapeutico
32033010	Cardioversor Desfibrilador - Troca De Gerador
32042043	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Unilateral
32043040	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Bilateral
32044046	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna Unilateral
32045042	Tratamento Cvirurgico De Varizes Da Safena Interna Bilateral
32046049	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Unilateral
32047045	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Bilateral
32056044	Instalacao de cateter venoso de longa permanencia totalmente implantavel
32057040	Instalacao De Cateter Venoso De Media Permanencia Totalmente Implantavel
33001057	Biopsia Do Estomago Via Laparotomia
33002029	Excisao De Glandula Sublingual
33002070	Esfincteroplastia anal
33003025	Excisao de glandula submaxilar
33003076	Esfincterotomia interna e tratamento de fissura anal
33004021	Excisao de ranula
33004072	Exerese de malformacao anal
33005028	Excisao de tumor de glandula parotida
33005079	Fistulectomia Anal
33005117	Herniorrafia crural (unilateral)
33006016	Resseccao De Lesao Maligna
33006024	Excisao de tumor de glandula sublingual
33006032	Excisao De Lesao Localizada
33006075	Esfincterotomia Anal
33006113	Herniorrafia crural (bilateral)
33007020	Excisao De Tumor De Glandula Submaxilar
33007071	Fistulectomia Ou Fistulotomia Anal
33008078	Incisao e drenagem de abscesso anal
33009082	Biopsia Do Figado Por Laparotomia
33009112	Herniorrafia epigastrica

33010021	Incisao e drenagem de abscesso da parotida
33010072	Plastica anal externa
33010110	Herniorrafia Incisional
33011117	Herniorrafia inguinal (unilateral)
33012113	Herniorrafia inguinal (bilateral)
33013071	Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Membranosa Do Anus
33014027	Extirpacao da glandula salivar
33014078	Tratamento cirurgico do prolapso anal mucoso
33014116	Herniorrafia recidivante
33015082	Colecistectomia Videolaparoscopica
33015112	Herniorrafia umbilical
33016070	Incisao de lesao anal
33017077	Criptectomia uni ou multipla
33018073	Excisao de papila hemorroidaria
33023077	Incisao e drenagem de abscesso isquiorretal
33023115	Reparacao outras hernias (inclui herniorrafia muscular)
33024073	Fissurectomia com ou sem esfincterectomia
33025118	Herniorrafia inguinal videolaparoscopica
33026114	Herniorrafia Umbilical Videolaparoscopica
33027072	Tratamento cirurgico da trombose hemorroidaria externa
33027110	Herniorrafia epigastrica videolaparoscopica
33028117	Laparotomia Videolaparoscopica Para Drenagem E/Ou Biopsia
33030073	Hemorroidectomia
33044074	Tratamento Cirurgico Da Atresia Congenita Anus Retal
33045062	Enterorrafia videolaparoscopica
33045070	Tratamento Cirurgico De Outras Anomalias Congenitas Anus -Retal
34001018	Bartolinectomia
34003045	Salpingectomia videolaparoscopica
34004025	Colpoperineocleise
34004041	Salpingoplastia Videolaparoscopica
34005013	Marsupializacao de glandula de Bartholin
34005021	Colpoperineorrafia Nao Obstetrica
34005030	Curetagem semiotica com ou sem dilatacao do colo uterino
34007016	Vulvectomia Simples
34008012	Tratamento Cirurgico Da Coadaptacao De Ninfas
34008039	Extirpacao de polipo uterino
34009019	Alargamento da entrada vaginal
34010017	Exerese de glandula de Skene
34011013	Episioperineorrafia nao obstetrica
34018026	Tratamento Cirurgico Da Vagina Septada Ou Atresica
34020020	Exerese de cisto vaginal
34020039	Curetagem uterina por mola hidatiforme
35014016	Curetagem pos aborto
35016019	Reducao Manual Inversao Uterina Aguda Pos-Parto
35018011	Cerclagem do colo uterino
35019018	Sutura De Laceracoes Do Trajeto Pelvico
36001015	Cirurgia do pterigio
36001023	Cauterizacao da cornea
36001040	Capsulectomia do cristalino
36001058	Retirada De Cisticerco Intra-Ocular
36001066	Sutura de esclera
36001074	Enucleacao do globo ocular
36001082	Ciclodialise
36001104	Retinopexia primaria
36001112	Tratamento cirurgico do estrabismo
36001120	Dacriocistorrinostomia

36002011	Exerese de tumor de conjuntiva
36002020	Ceratectomia superficial
36002038	Retirada de corpo estranho da camara anterior do olho
36002054	Retirada De Corpo Estranho Intravitreo
36002070	Evisceracao do globo ocular
36002089	Ciclodiatermia
36002097	Exerese de calazio
36002100	Endofotocoagulacao a laser
36002119	Exenteracao De Orbita
36002127	Extirpacao de glandula lacrimal
36003018	Sutura de conjuntiva
36003034	Reconstrucao de camara anterior do olho pos-trauma
36003050	Vitrectomia Posterior (Alterar Valor Para 734,63)
36003069	Biopsia da esclera
36003093	Simblefaroplastia
36003115	Exerese De Tumor Maligno Intra-Ocular
36003123	Extirpacao do saco lacrimal
36004014	Reconstituicao de cavidade
36004022	Retirada de corpo estranho da cornea
36004049	Facectomia Sem Implante De Lente Intra-Ocular
36004057	Vitrectomia anterior
36004065	Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura da esclera
36004073	Crioterapia De Tumores Intra-Oculares
36004103	Crio-retinopexia
36004111	Orbitotomia
36005010	Biopsia da conjuntiva
36005029	Recobrimento conjuntival
36005061	Transplante de esclera
36005088	Iridectomia cirurgica
36005096	Tratamento cirúrgico do Entropio e Ectropio
36005100	Reoperacao E Retinopexia Com Vitreo Intervencao
36005126	Drenagem de abscesso lacrimal
36006017	Reconstituicao de fornix conjuntival
36006025	Sutura de cornea
36006068	Introflexao escleral
36006114	Reconstituicao Da Parede Da Orbita
36006122	Canaliculotomia
36007021	Implante Interlamelar De Cornea
36007048	Explantacao e/ou substituicao de lente intra-ocular
36007064	Transplante De Periosteo Em Escleromalacia
36007099	Tratamento da ptose e coloboma de palpebra
36007110	Biopsia de tumor extra-ocular
36007129	Oclusao de ponto lacrimal
36008060	Cirurgia fistulizante antiglaucomatosa
36008087	Tratamento cirurgico da hernia de iris
36008095	Cirurgia da triquiase
36008117	Injecao retrobulbar ou peribulbar
36008125	Sondagem das vias lacrimais
36009024	Biopsia da cornea
36009067	Implantacao de protese antiglaucomatosa
36009083	Sinequiotomia cirurgica
36009113	Desnervacao quimica
36009121	Reconstituicao do canal lacrimal
36010022	Transplante De Cornea
36010065	Aplicacao De Placa Radioativa Episcleral
36010081	Biopsia da iris e corpo ciliar

36010090	Drenagem de abscesso palpebral
36010111	Tratamento Cirurgico De Hipertropias
36011029	Tratamento cirurgico do astigmatismo secundario
36011061	Cirurgia Do Glaucoma Congenito
36011096	Miiase palpebral
36011118	Descompressao Da Orbita
36012025	Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura de cornea
36012084	Trabeculotomia
36012092	Epilacao de cilios
36013021	Ceratoprotese
36013099	Sutura de palpebra
36014087	Iridociclectomia
36014095	Cirurgia do xantelasma
36015024	Transplante De Cornea Em Reoperacoes
36015091	Blefarocalase
36016020	Transplante De Cornea Em Cirurgias Combinadas
36016098	Reconstituicao parcial da palpebra
36017027	Epiceratofacia
36017094	Cirurgia De Coloboma Palpebral Congenito
36018023	Topoplastia Do Transplante
36020052	Facectomia para implante de lente intra-ocular
36701033	Paracentese De Camara Anterior
37001019	Antrotomia Da Mastoide (Drenagem De Otite No Lactente)
37001035	Incisao e drenagem de abscesso periamigdaliano
37001051	Osteostomia Do Maxilar Inferior
37002031	Adenoidectomia
37003020	Tratamento Cirurgico Da Rinofima
37003038	Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia
37003054	Retirada De Corpo Estranho Na Intimidade Dos Ossos Da Face
37004026	Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Coanal -Unilateral
37006029	Cirurgia de ozena
37007041	Laringoscopia direta para retirada de corpo estranho
37009044	Laringoscopia com exerese de papiloma
37011030	Amigdalectomia
37011057	Reducao cirurgica da fratura dos ossos proprios do nariz
37012053	Reducao Cirurgica Da Luxacao Temporo Mandibular (Recidivante Ou Nao)
37020021	Turbinectomia
37021028	Septoplastia (desvio do septo)
37023012	Timpanoplastia (Tipo I - unilateral)
38001080	Alongamento De Columela
38001101	Tratamento cirurgico nao estetico da orelha
38002078	Tratamento cirurgico do gigantismo ao nivel da mao
38002086	Tratamento cirurgico da perfuracao do septo nasal
38002124	Exerese de cisto tireoglosso
38002132	Exerese e plastica de cisto sacro coccigeo
38003074	Tratamento cirurgico da polidactilia articulada
38003082	Rinoplastia para defeito(s) pos-traumatico(s)
38003090	Tratamento cirurgico do epicanto
38003104	Reconstrucao de helix da orelha
38004046	Tratamento cirurgico da hipertrofia dos pequenos labios
38004054	Excisao e reconstrucao total de labio
38004062	Tratamento cirurgico da retracao cicatricial do cotovelo
38004089	Rinoplastia reparadora nao estetica
38004097	Tratamento cirurgico do lagoftalmo
38004100	Reconstrucao de lobulo da orelha
38004135	Plastica mamaria masculina (ginecomastia)

38005050	Reconstrucao do sulco gengivo labial
38005077	Suturas e reparacoes de perda de substancia da mao
38005107	Reconstrucao do polo superior da orelha
38005123	Retracao Cicatricial - Correcao Em Um Estagio
38006057	Reconstrucao parcial do labio
38006073	Retracao cicatricial dos dedos da mao sem comprom tendinoso
38006103	Reconstrucao Total Da Orelha (Multiplos Estagios)
38006111	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois intra digitos)
38007010	Excisao E Sutura Com Plastica Em Z Na Pele
38007070	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois digitos)
38008114	Retracao cicatricial dos dedos do pe sem comprometimento tendinoso
38010097	Reconstrucao total da palpebra
38015013	Exerese de cisto dermoide
38023016	Extirpacao e supressao de lesao da pele e do tecido
38703050	Excisao Em Cunha De Labio E Sutura
39001040	Biopsia Do Omoplata
39001105	Amputacao ao nivel dos metacarpianos
39001199	Resseccao cisto sinovial
39001202	Retirada de corpo estranho intra-articular
39001237	Curetagem de tumor osseo com enxertia
39002110	Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral
39002195	Abertura de bainha tendinosa
39002217	Retirada de fio de Kirschner trans-osseo
39003086	Biopsia Do(S) Osso(S) Do Antebraco
39003108	Amputacao do dedo (cada)
39003116	Biopsia Da Articulacao Sacro Iliaca
39003132	Biopsia Do Femur
39003205	Retirada de corpo estranho intra-osseo
39003213	Retirada de parafuso
39004023	Biopsia Do Corpo Vertebral
39004058	Biopsia Da Articulacao Escapulo Umeral
39004066	Biopsia Do Umero
39004090	Biopsia Do Punho
39004180	Miotomia
39004210	Retirada de placa e parafuso
39005100	Artrodese interfalangiana
39005127	Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral
39005143	Biopsia Do Joelho
39005151	Biopsia Do(S) Osso(S) Da Perna
39005186	Resseccao muscular
39005216	Retirada de pino de Steinnan
39005232	Resseccao Simples De Tumor Osseo
39006026	Biopsia Da Lamina Vertebral
39006077	Biopsia Do Cotovelo
39006085	Resseccao Da Apofise Estiloide Do Radio
39006107	Artrodese metacarpo falangiana
39006212	Retirada De Haste
39006239	Resseccao de exostose
39007022	Biopsia Do Pediculo Vertebral
39007162	Biopsia Do Tornozelo
39007197	Exploracao cirurgica de tendao
39008177	Osteotomia do(s) osso(s) do pe
39010074	Resseccao Da Bolsa Sinovial Do Cotovelo (Olecranio)
39010090	Tratamento cirurgico da sindrome do canal carpiano
39010198	Tenoplastia ou enxerto de tendao ao nivel da mao
39011100	Capsulectomia das articulacoes da mao

39011194	Tenoplastia ou enxerto de tendao em outras regiäes
39012115	Reducao incruenta da disjuncao ao nivel da pelve
39012123	Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (central)
39012174	Tratamento cirurgico do dedo em martelo
39012190	Tenorrafia
39013111	Reducao incruenta da fratura ao nivel da pelve
39013197	Tenotomia
39014126	Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (traumatica)
39014177	Reducao cirurgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixacao
39014193	Transposicao de tendao
39017168	Reducao incruenta da luxacao do tornozelo
39018105	Reducao Cirurgica De Fratura Das Falanges, Com Fixacao
39018148	Reducao incruenta da fratura do joelho
39019063	Reducao incruenta da fratura da diafise do umero
39019136	Reducao incruenta da fratura da diafise do femur
39019179	Reducao cirurgica da luxacao do(s) metatarsiano(s)
39021106	Tratamento cirurgico do dedo em gatilho
41002040	Biopsia da tireoide
42001021	Biopsia da pleura com agulha
42001030	Traqueoscopia e exerese de papilomas
42001072	Biopsia da mama
42002036	Traqueoscopia e retirada de corpo estranho
42002079	Extirpacao de tumor ou adenoma da mama
42003075	Incisao e drenagem de abscesso da mama
42004047	Broncoscopia e exerese de papilomas
42006074	Extirpacao de mama supranumeraria
44001053	Reducao incruenta da fratura unilateral da mandibula
44006055	Reducao Incruenta Da Fratura Do Maxilar Superior - Le Fort I

ANEXO 2 DO ANEXO XXIV

Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS (Origem: PRT MS/GM 3410/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam estabelecidas as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 1º)

Art. 2º As disposições deste Anexo se aplicam a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º)

I - públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, I)

II - privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, II)

III - privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, III)

Art. 3º Os entes federativos formalizarão a relação com os hospitais públicos e privados integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DAS RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO II)

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º)

I - estabelecer requisitos mínimos para os instrumentos formais de contratualização, com vistas à qualidade e segurança na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, I)

II - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o

referenciamento de usuários e a escala econômica adequada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, II)

III - estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, III)

IV - acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização e realizar auditorias, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, IV)

V - desenvolver metodologia e sistema informatizado para acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização por meio de indicadores gerais e indicadores das redes temáticas e Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, V)

VI - garantir a manutenção, adequação e aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação em saúde no âmbito da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VI)

VII - realizar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VII)

VIII - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VIII)

IX - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, IX)

X - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, X)

Art. 5º Compete aos entes federativos contratantes: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º)

I - definir a área territorial de abrangência e a população de referência dos hospitais sob sua gestão, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, I)

II - definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sóciodemográficas da região de saúde, conforme pactuação na CIB e na CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, II)

III - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, III)

IV - prever metas e compromissos específicos para a atenção à saúde indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e suas especificidades socioculturais, conforme pactuaçao no âmbito do subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, IV)

V - gerenciar os instrumentos formais de contratualização sob sua gestão, visando à execução das ações e serviços de saúde e demais compromissos contratualizados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, V)

VI - realizar a regulação das ações e serviços de saúde contratualizados, por meio de: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI)

a) estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, a)

b) implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, b)

c) regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, c)

VII - instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VII)

VIII - controlar, avaliar, monitorar e auditar, quando couber, as ações e serviços de saúde contratualizadas, na forma de: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII)

a) dispositivos de autorização prévia dos procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar, salvo em situações em que fluxos sejam definidos "a priori" com autorização "a posteriori"; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, a)

b) monitoramento da produção, avaliando sua compatiblidade com a capacidade operacional e complexidade do hospital e de acordo com o previsto no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, b)

c) monitoramento e avaliação das metas por meio de indicadores qualiquantitativos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, c)

d) monitoramento da execução orçamentária com periodicidade estabelecida no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, d)

IX - alimentar o sistema de informação previsto no art. 4º, V, quando disponibilizado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, IX)

X - apresentar prestação de contas do desempenho dos hospitais contratualizados com formatos e periodicidade definidos, obedecida à legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, X)

XI - realizar investigação de denúncias de cobrança indevida de qualquer ação ou serviço de saúde contratualizado prestada pelo hospital ou profissional de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XI)

XII - cumprir as regras de alimentação e processamentos dos seguintes sistemas: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII)

a) Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, a)

b) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, b)

c) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, c)

d) Sistema Nacional de Agravo de Notificação (SINAN); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, d)

e) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, e)

f) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, f)

g) outros sistemas que venham a ser criados no âmbito da atenção hospitalar no SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, g)

XIII - promover, no que couber, a transferência gradual das atividades de atenção básica realizadas pelos hospitais para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme a pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XIII)

XIV - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das RAS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XIV)

XV - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XV)

XVI - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XVI)

CAPÍTULO III
DAS RESPONSABILIDADES DOS HOSPITAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III)

Art. 6º As responsabilidades dos hospitais, no âmbito da contratualização, se dividem nos seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º)

I - assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, I)

II - gestão; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, II)

III - ensino e pesquisa; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, III)

IV - avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, IV)

Seção I
Do Eixo de Assistência
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 7º Quanto ao eixo de assistência, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º)

I - cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, I)

II - cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, II)

III - utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, III)

IV - manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, IV)

V - realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, V)

VI - assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VI)

VII - implantar e/ou implementar as ações previstas na Seção I do Capítulo VIII do Título I da Portaria de Consolidação nº 5, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII)

a) implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, a)

b) elaboração de Planos para Segurança do Paciente; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, b)

c) implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, c)

VIII - implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VIII)

IX - garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, IX)

X - garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, X)

XI - garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o art. 23, II; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XI)

XII - promover a visita ampliada para os usuários internados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XII)

XIII - garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações especificas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XIII)

XIV - prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XIV)

XV - disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XV)

XVI - notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XVI)

XVII - disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XVII)

Seção II
Do Eixo de Gestão
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 8º Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º)

I - prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, I)

II - informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, II)

III - garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, III)

IV - disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, IV)

V - dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, V)

VI - dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VI)

VII - garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VII)

VIII - disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VIII)

IX - dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, IX)

X - garantir, em permanente funcionamento e de forma integrada, as Comissões Assessoras Técnicas, conforme a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, X)

XI - divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visivel e de fácil acesso; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XI)

XII - assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XII)

XIII - dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XIII)

XIV - alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XIV)

XV - registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XV)

XVI - disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas de que trata o art. 5º, XII; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XVI)

XVII - participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XVII)

Seção III
Do Eixo de Ensino e Pesquisa
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 9º Quanto ao eixo de ensino e pesquisa, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º)

I - disponibilizar ensino integrado à assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, I)

II - oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, II)

III - garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, III)

IV - ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com o gestor público de saúde local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, IV)

V - desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor público de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, V)

VI - cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, caso o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino (HE). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, VI)

Seção IV
Do Eixo de Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 10. Quanto ao eixo de avaliação, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10)

I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, I)

II - avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores qualiquantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, II)

III - avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, III)

IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, IV)

V - realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, V)

VI - monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, VI)

Art. 11. Os hospitais contratualizados monitorarão os seguintes indicadores gerais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11)

I - taxa de ocupação de leitos; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, I)

II - tempo médio de permanência para leitos de clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, II)

III - tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, III)

IV - taxa de mortalidade institucional. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, IV)

Art. 12. Os hospitais contratualizados que disponham de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) monitorarão, ainda, os seguintes indicadores: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12)

I - taxa de ocupação de leitos de UTI; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12, I)

II - densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12, II)

Art. 13. Poderão ser criados outros indicadores a serem monitorados, além dos dispostos neste Anexo, através de pactuação entre o gestor público de saúde e os hospitais. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13)

§ 1º Os hospitais que compõem as Redes temáticas de Atenção à Saúde monitorarão e avaliarão todos os compromissos e indicadores previstos nos atos normativos específicos de cada rede e de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde criará ferramenta que viabilize o monitoramento do rol mínimo de indicadores previstos neste Anexo, além dos indicadores das redes temáticas e de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13, § 2º)

CAPÍTULO IV
DO FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 14. Todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital serão informados no instrumento formal de contratualização, com identificação das respectivas fontes, quais sejam, federal,

estadual, distrital ou municipal. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. No instrumento formal de contratualização será informado, ainda, o valor estimado relativo às renúncias e isenções fiscais e subvenções de qualquer natureza na hipótese de contratualização com hospitais privados sem fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. Para efeito deste Anexo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15)

I - incentivo financeiro: todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regramentos próprios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, I)

II - orçamentação global: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilha separadamente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, II)

III - orçamentação parcial: a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, III)

IV - valor pós-fixado: todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, IV)

V - valor pré-fixado: a parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, V)

Art. 16. Os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos serão financiados, preferencialmente, por orçamentação parcial, de acordo com o perfil assistencial, infraestrutura, recursos humanos e seu papel na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 16)

Art. 17. O valor pré-fixado será composto: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17)

I - pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, I)

II - por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas qualiquantitativas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, II)

§ 1º Integram o componente pré-fixado dos intrumentos formais de contratualização os seguintes incentivos financeiros: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º)

I - ~~Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)~~ Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.925 de 01.11.2017)); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, I)

II - Incentivo de custeio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, II)

III - Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, III)

IV - recursos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, IV)

V - valores referentes ao Fator de Incentivo ao Ensino e Pesquisa (FIDEPS), extinto pela Portaria nº 1.082/GM/MS, de 2005; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, V)

VI - Incentivo de Integração ao SUS (Integrasus); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VI)

VII - outros recursos pré-fixados de fonte estadual ou municipal; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VII)

VIII - outros recursos financeiros pré-fixados que venham a ser instituídos. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VIII)

§ 2º O IGH está regulamentado no Anexo 2-B; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 2º)

Art. 18. A parte pós-fixada será composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 18)

Art. 19. O gestor público de saúde do ente federativo contratante poderá definir valores adicionais às partes pré-fixada e pós-fixada, caso tenho capacidade de financiamento com fonte própria. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 19)

Art. 20. Quando acordado entre as partes, a contratualização poderá ser feita no modelo de orçamentação global, sendo que o repasse dos recursos será condicionado ao cumprimento das metas e compromissos formalizados, monitorados e avaliados periodicamente e que será calculada levando em consideração: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20)

I - a infraestrutura tecnológica (porte, equipamentos e serviços); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, I)

II - o perfil assistencial; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, II)

III - a capacidade e produção de serviços (recursos humanos e desempenho de produção); e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, III)

IV - o custo regional de materiais e serviços. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, IV)

CAPÍTULO V
DA CONTRATUALIZAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V)

Seção I
Do Instrumento Formal de Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção I)

Art. 21. A contratualização será formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 21)

Parágrafo Único. Para fins da contratualização hospitalar, recomenda-se que todos os intrumentos formais de contratualização que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento sejam celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado contratante, mesmo havendo a oferta e cofianciamento de ações e serviços por outro ente federado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. O instrumento formal de contratualização será composto por duas partes indissociáveis: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22)

I - o termo do instrumento formal de contratualização propriamente dito, respeitadas as legislações pertinentes, especialmente quanto aos prazos de vigência; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22, I)

II - o Documento Descritivo de que trata a Seção II do Capítulo V. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22, II)

Art. 23. O instrumento formal de contratualização conterá, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23)

I - as responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, I)

II - as responsabilidades da União, Estado, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, II)

III - os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, III)

IV - as sanções e penalidades conforme legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, IV)

V - a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, V)

VI - o Documento Descritivo, contendo as metas qualiquantitativas e indicadores de monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, VI)

Art. 24. A contratualização poderá ser firmada, dentre outros, pelos seguintes instrumentos: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24)

I - Convênio: firmado entre o gestor do SUS com entidades beneficentes sem fins lucrativos, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010, e com Empresas e Fundações Públicas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, I)

II - Contrato Administrativo: firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto de contrato for compra de ações e serviços de saúde, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 2010; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, II)

III - Contrato de Gestão: firmado entre gestores do SUS e a entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OS), conforme Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, III)

IV - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP): é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando estabelecimentos públicos de saúde situados no território de um Município estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, conforme o Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, IV)

V - Termo de Parceria: instrumento firmado entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), conforme a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, V)

VI - Termo de Compromisso ou Contrato de Gestão: firmado entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gerência e gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, VI)

§ 1º As regras do PCEP não se aplicam aos hospitais universitários federais, conforme o Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, § 1º)

§ 2º As alterações no instrumento de contratualização dar-se-ão mediante assinatura das partes em termos próprios (Termo Aditivo, Apostilamento ou outros) e publicação em Diário Oficial pelo gestor contratante, conforme normativa de cada esfera de Governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, § 2º)

Seção II
Do Documento Descritivo

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção II)

Art. 25. O Documento Descritivo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa de acordo com o estabelecido neste Anexo, acrescido das especificidades locais e anexo ao termo do instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 25)

Art. 26. O Documento Descritivo conterá, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26)

I - a definição de todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, I)

II - a definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, II)

III - a definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, III)

IV - a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, IV)

V - a definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, V)

VI - a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme modelo Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV . (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, VI)

Art. 27. O Documento Descritivo terá validade máxima de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado após o período de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo quando acordado entre as partes. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 27)

Parágrafo Único. As alterações do Documento Descritivo serão objeto de publicação oficial. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 27, Parágrafo Único)

Seção III
Do Repasse dos Recursos Financeiros
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção III)

Art. 28. O repasse dos recursos financeiros pelos entes federativos aos hospitais contratualizados será realizado de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos específicos e no instrumento de contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28)

§ 1º O valor pré-fixado dos recursos de que trata o "caput" serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º)

I - 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º, I)

II - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º, II)

§ 2º Os percentuais de que tratam os incisos I e II poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 2º)

§ 3º O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 3º)

Art. 29. O hospital que não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 29)

Art. 30. O hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 30)

Art. 31. Os incentivos de fonte federal serão repassados de forma regular aos hospitais, de acordo com normas específicas de cada incentivo, previstas no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31)

§ 1º A variação ou suspensão dos valores dos repasses dos incentivos federais deverão constar em cláusula contratual de acordo com percentuais estabelecidos no art. 28, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31, § 1º)

§ 2º Salvo em caso de descumprimento de cláusulas contratuais, o não repasse dos valores dos incentivos federais ao prestador incorrerá na suspensão prevista no art. 1152, II da Portaria de Consolidação nº 6, ou no art. 304 da Portaria de Consolidação nº 6, conforme o caso. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31, § 2º)

Seção IV
Da Comissão de Acompanhamento da Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção IV)

Art. 32. Será instituída pelo ente federativo contratante a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que será composta, no mínimo, por 1 (um) representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32)

§ 1º A Comissão de que trata o "caput" monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º)

I - avaliar o cumprimento das metas qualiquantitativas e físico-financeiras; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, I)

II - avaliar a capacidade instalada; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, II)

III - readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, III)

§ 2º A composição da Comissão de que tata o "caput" será objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo contratante ou publicação equivalente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 2º)

CAPÍTULO VI
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 33. Caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33)

Parágrafo Único. O monitoramento e avaliação poderão ser executados por meio de sistemas de informações oficiais e visitas "in loco". (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33, Parágrafo Único)

Art. 34. Caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros de que trata este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 34)

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO VII)

Art. 35. A regulamentação dos processos de contratualização dos hospitais públicos e privados com fins lucrativos com menos de 50 (cinquenta) leitos operacionais e dos hospitais sem fins lucrativos com menos de 30 (trinta) leitos operacionais serão objeto de atos normativos específicos do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 35)

Parágrafo Único. As contratualizações ocorridas antes da publicação dos atos normativos específicos de que trata o "caput" deverão ocorrer em consonância com os princípios e diretrizes da PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 35, Parágrafo Único)

Art. 36. O Ministério da Saúde desenvolverá e implementará sistema de monitoramento para contratualização dos hospitais integrantes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 36)

Art. 37. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicará no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, em até 30 (trinta) dias contado da publicação da Portaria nº 3410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, documento instrutivo sobre a gestão dos incentivos das Redes Temáticas Assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 37)

Art. 38. Os gestores do SUS deverão firmar os instrumentos formais de contratualização com os hospitais sob sua gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 38)

ANEXO A DO ANEXO 2 DO ANEXO XXIV
Programação orçamentária a constar de Documento descritivo (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Anexo 1)

Programação Orçamentária		
Pós-Fixado	Mensal R$	Anual R$
Alta Complexidade		
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC		
Subtotal		
Pré-Fixado	Mensal R$	Anual R$
Média da Produção de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Série Histórica definida em Portaria específica)		
~~Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)~~ Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.925 de 01.11.2017)		
Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)		
INTEGRASUS		
FIDEPS		
Incentivo financeiro 100% SUS Portaria nº 929/GM/MS de 10 de maio de 2012.		
Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais - REHUF		
Recursos Financeiros de fonte Municipal (citar objeto ou programa)		

Recursos Financeiros de fonte do Estadual ou Distrito Federal (citar objeto ou programa)		
Incentivo Redes Temáticas de Atenção à Saúde (citar rede)		
Outras fontes de Recursos Financeiros (citar a fonte)		
Subtotal		
Total		

ANEXO XXV

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Origem: PRT MS/GM 971/2006)

Art. 1º Fica aprovada, na forma do Anexo 1 do Anexo XXV , a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 1º)

Parágrafo Único. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devem promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXV

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1. INTRODUÇÃO

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” reafirma o desenvolvimento desses princípios.

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciou-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

Alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política:

- 1985 - celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede publica de saúde;

- 1986 - 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida";

- 1988 - resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;

- 1995 - instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; - 1996 - 10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”;

- 1999 - inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999);

- 2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde que recomenda “incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia”;

- 2001 - 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;

- 2003 - constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS (atual PNPIC);

- 2003 - Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;

- 2003 - Relatório Final da 12ª CNS que delibera pela efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual Práticas Integrativas e Complementares).

- 2004 - 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde à MNPC (atual Práticas Integrativas e Complementares) que foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e

- 2005 - Relatório Final do Seminário "Águas Minerais do Brasil", em outubro, que indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.

Levantamento realizado junto a Estados e municípios em 2004, mostrou a estruturação de algumas dessas práticas contempladas na política em 26 Estados, num total de 19 capitais e 232 municípios.

Esta política, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS.

1.1. MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Achados arqueológicos permitem supor que essa fonte de conhecimento remonta há pelo menos 3000 anos. A denominação chinesa zhen jiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII, resultando no vocábulo acupuntura (derivado das palavras latinas acus, agulha, e punctio, punção). O efeito terapêutico da estimulação de zonas neurorreativas ou “pontos de acupuntura” foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa.

No ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea, e graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do oriente como do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas científicas. Admite-se, atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras.

A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas unidades federadas.

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Sistema Único de Saúde a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na Região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema).

De acordo com o diagnóstico da inserção da MNPC nos serviços prestados pelo SUS e os dados do SIA/SUS, verifica-se que a acupuntura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

1.2. HOMEOPATIA

A homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann

sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução nº 622).

A partir da década de 80, alguns Estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, pela Resolução nº 4/88, a Ciplan fixou normas para atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em homeopatia.

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão, foi ampliada a oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia que, desde sua inserção como procedimento na tabela do SIA/SUS, vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003, o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da Federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas.

Está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação. Conta ainda com a formação do médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Embora venha ocorrendo aumento da oferta de serviços, a assistência farmacêutica em homeopatia não acompanha essa tendência. Conforme levantamento da AMHB, realizado em 2000, apenas 30% dos serviços de homeopatia da rede SUS forneciam medicamento homeopático. Dados do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelam que apenas 9,6% dos municípios que informaram ofertar serviços de homeopatia possuem farmácia pública de manipulação.

A implementação da homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

- recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde;

- fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;

- atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; e

- contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência;

Em 2004, com o objetivo de estabelecer processo participativo de discussão das diretrizes gerais da homeopatia, que serviram de subsídio à formulação da presente Política Nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado “A Homeopatia que queremos implantar no SUS”. Reuniu profissionais; Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Usuários de Homeopatia no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI), entidade médica homeopática internacional, e representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA).

1.3. PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados, enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público, entre os quais se destacam:

- a Resolução Ciplan nº 8/88, que regulamenta a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas a sua prática nas unidades assistenciais médicas;

- o Relatório da 10a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que aponta no item 286.12: "incorporar no SUS, em todo o País, as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares" e, no item 351.10: “o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares”;

- a Portaria nº 3916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, a qual estabelece, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento científico e tecnológico: "...deverá ser continuado e expandido o apoio às pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas”;

- o Relatório do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado em 2003, que entre as suas recomendações, contempla: “integrar no Sistema Único de Saúde o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos”;

- o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que aponta a necessidade de se “investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica”.

- a Resolução nº 338/04, do Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual contempla, em seus eixos estratégicos, a “definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País”;

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, verificou-se, em todos os municípios brasileiros, que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

No âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos tendo em conta, em especial, a intersetorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Ambas as iniciativas aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

1.4. TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O campo sofreu considerável redução de sua produção científica e divulgação com as mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo, após o término da segunda guerra mundial.

A partir da década de 90, a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde.

Países europeus como Espanha, França, Itália, Alemanha, Hungria e outros adotam desde o início do século XX o Termalismo Social como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados, objetivando proporcionar a essa população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar seja para sua saúde, assim como preservá-la.

O termalismo, contemplado nas resoluções CIPLAN de 1988, manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 7 de outubro de 2004, é um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, de fiscalização, de controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.

2. OBJETIVOS

2.1 Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

2.2 Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

2.3 Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

2.4 Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

3. DIRETRIZES

3.1. Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante:

- incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;

- desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;

- implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;

- estabelecimento de mecanismos de financiamento;

- elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e

- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde.

3.2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

3.3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional:

- Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares que atuem na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

- Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral. - Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na agenda de atividades da comunicação social do SUS.

- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares.

3.4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

3.5. Fortalecimento da participação social.

3.6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária.

- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos. - Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

- Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

- Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.

3.7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações.

3.8. Incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

3.9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão.

3.10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde. - Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as Práticas Integrativas e Complementares esteja integrada ao serviço público de saúde.

3.11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES

4.1. NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz MTCA

1 Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica.

1. NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Deverão ser priorizados mecanismos que garantam a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF.

Além disso, será função precípua desse profissional

- atuar de forma integrada e planejada de acordo com as atividades prioritárias da estratégia Saúde da Família;

- identificar, em conjunto com as equipes da atenção básica (ESF e equipes de unidades básicas de saúde) e a população, a(s) prática(s) a ser(em) adotada(s) em determinada área;

- trabalhar na construção coletiva de ações que se integrem a outras políticas sociais (intersetorialidade);

- avaliar, em conjunto com a equipe de saúde da família/atenção básica, o impacto na situação de saúde do desenvolvimento e implementação dessa nova prática, mediante indicadores previamente estabelecidos; - atuar na especialidade com resolubilidade;

- trabalhar utilizando o sistema de referência/contra-referência num processo educativo; e

- discutir clinicamente os casos em reuniões tanto do núcleo quanto das equipes adscritas.

2. Centros especializados

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade deverão participar do sistema referência/contra-referência, atuando de forma resolutiva no processo de educação permanente.

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos na rede hospitalar do SUS.

Para toda inserção de profissionais que exerçam a acupuntura no SUS será necessário o título de especialista.

Deverão ser elaboradas normas técnicas e operacionais compatíveis com a implantação e o desenvolvimento dessas práticas no SUS.

Diretriz MTCA 2

Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante os princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS.

1. Incentivo à capacitação para que a equipe de saúde desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde - individuais e coletivas - na lógica da MTC, uma vez que essa capacitação deverá envolver conceitos básicos da MTC e práticas corporais e meditativas. Exemplo: Tuí-Na, Tai Chi Chuan, Lian Gong. Chi Gong, e outros que compõem a atenção à saúde na MTC.

2. Incentivo à formação de banco de dados relativos a escolas formadoras.

3. Articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/acupuntura nos cursos de graduação e pós-graduação para as profissões da saúde.

Diretriz MTCA 3

Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS.

1. Para usuários Divulgação das possibilidades terapêuticas; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais, além de ênfase no aspecto de prevenção de agravos e promoção das práticas corporais.

2. Para profissionais Divulgação dos usos e possibilidades, necessidade de capacitação específica, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais e papel do profissional no Sistema.

3 Para gestores Usos e possibilidades terapêuticas, necessidade de investimento em capacitação específica de profissionais, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais; possível redução de custos e incentivos federais para tal investimento.

Diretriz MTCA 4

Garantia do acesso aos insumos estratégicos para MTC/Acupuntura na perspectiva da garantia da qualidade e seguranças das ações.

1. Estabelecimento de normas relativas aos insumos necessários para a prática da MTC/acupuntura com qualidade e segurança: agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados; moxa (carvão e/ou artemísia); esfera vegetal para acupuntura auricular; esfera metálica para acupuntura auricular; copos de ventosa; equipamento para eletroacupuntura; mapas de pontos de acupuntura.

2. Elaboração de Banco Nacional de Preços para esses produtos.

Diretriz MTCA 5

Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MTC/acupuntura.

Para o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação, deverão ser criados códigos de procedimentos, indicados a seguir, para que os indicadores possam ser compostos.

Serão contemplados para a criação dos códigos SAI/SUS para registro e financiamento dos procedimentos de acupuntura as categorias profissionais regulamentadas.

1. Inserção de códigos de procedimentos para informação e financiamento

- Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas agulhamento seco em zonas neurorreativas de acupuntura (pontos de acupuntura)

Sessão de Acupuntura - outros procedimentos:

a) aplicação de ventosas - consiste em aplicar recipiente de vidro ou plástico, onde se gera vácuo, com a finalidade de estimular zonas neurorreativas (pontos de acupuntura);

b) eletroestimulação - consiste em aplicar estímulos elétricos determinados, de freqüência variável de 1 a 1000 Hz, de baixa voltagem e baixa amperagem em zonas neurorreativas (pontos de acupuntura); e

c) aplicação de laser de baixa potência em acupuntura - consiste em aplicar um estímulo produzido por emissor de laser de baixa potência (5 a 40 mW), em zona neurorreativa de acupuntura

1.1 Inserção nos códigos 04.011.03-1; 04.011.02-1; 0702101- 1; 0702102-0, já existentes na tabela SIA/SUS, dos profissionais faltantes - para registro das ações de promoção da saúde em MTC/acupuntura.

2. Criação de códigos para registro de práticas corporais

Considerando que a MTC contempla em suas atividades de atenção à saúde práticas corporais, deverão ser criados códigos específicos para as práticas corporais no SUS para registro da informação:

- práticas corporais desenvolvidas em grupo na unidade, a exemplo do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, do Chi Gong, automassagem;

- práticas corporais desenvolvidas em grupo na comunidade, a exemplo do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, do Chi gong; automassagem;

- práticas corporais individuais, a exemplo do Tuí-Na, da meditação, do Chi Gong; automassagem.

3. Avaliação dos serviços oferecidos

Estabelecimento de critérios para o acompanhamento da implementação e implantação da MTC/acupuntura, tais como: cobertura de consultas em acupuntura; taxa de procedimentos relacionados com a MTC/acupuntura; taxa de ações educativas relacionadas com a MTC/acupuntura; taxa de procedimentos relativos às práticas corporais - MTC/acupuntura, entre outros.

4. Acompanhamento da ação dos Estados no apoio à implantação desta Política Nacional.

Diretriz MTCA 6

Integração das ações da MTC/acupuntura com políticas de saúde afins. Para tanto, deverá ser estabelecida integração com todas as áreas do MS, visando à construção de parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

Diretriz MTCA 7

Incentivo à pesquisa com vistas a subsidiar a MTC/acupuntura no SUS como nicho estratégico da política de pesquisa no Sistema.

1. Incentivo a linhas de pesquisa em MTC/acupuntura que:

- aprimorem sua prática e avaliem sua efetividade, segurança e aspectos econômicos, num contexto pragmático, associado ou não a outros procedimentos e práticas complementares de saúde; experiências bem sucedidas (serviços e municípios);

- identifiquem técnicas e condutas mais eficazes, efetivas, seguras e eficientes para a resolução de problemas de saúde de uma dada população;

- apontem estratégias para otimização da efetividade do tratamento pela acupuntura e práticas complementares; e

- estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, educação permanente e pesquisa com países onde a MTC/acupuntura esteja integrada ao serviço público de saúde.

Deverá ser observado, para o caso de pesquisas clínicas, o desenvolvimento de estudos que sigam as normas da CONEP/CNS.

Diretriz MTCA 8

Garantia de financiamento para as ações da MTC/acupuntura.

Para viabilizar o financiamento do modelo de atenção proposto, deverão ser adotadas medidas relativas:

- à inserção dos códigos de procedimentos com o objetivo de ampliar as informações sobre a MTC/ acupuntura no Sistema e promover o financiamento das intervenções realizadas;

- à garantia de um financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Consideração: deverá ser realizada avaliação trimestral do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

4.2. NA HOMEOPATIA

Premissa: desenvolvimento da Homeopatia em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz H 1 Incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. garantir as condições essenciais à boa prática em homeopatia, considerando suas peculiaridades técnicas, Infra-estrutura física adequada e insumos,

2. apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção básica, obedecendo aos seguintes critérios:; - priorizar mecanismos que garantam a inserção da atenção homeopática dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF; - na unidade de atenção básica prestar atendimento, de acordo com a demanda espontânea ou referenciada, aos usuários em todas as faixas etárias; - no caso da unidade do Saúde da Família (SF) possuir um profissional homeopata como médico do Saúde da Família, a ele deve ser oportunizada a prática da homeopatia, sem prejuízo das atribuições pertinentes ao profissional da estratégia de saúde da família;

3. apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção especializada: - nos ambulatórios de especialidades ou nos centros de referência, prestar atendimento, de acordo com a demanda, aos usuários em todas as faixas etárias e prestar apoio técnico aos demais serviços da rede local; - em emergências, unidades de terapia intensiva, centros de cuidados paliativos ou em enfermarias hospitalares a homeopatia pode ser incorporada de forma complementar e contribuir para a maior resolubilidade da atenção;

4. estabelecer critérios técnicos de organização e funcionamento da atenção homeopática em todos os níveis de complexidade, de modo a garantir a oferta de serviços seguros, efetivos e de qualidade, avaliando as iniciativas já existentes nas unidades federadas e com a participação das sociedades cientificas homeopáticas reconhecidas;

5. estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações relativas às experiências no campo da atenção homeopática com países onde a homeopatia esteja integrada ao serviço público de saúde.

Diretriz H 2

Garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas. Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. criar mecanismos de financiamento que garantam o acesso aos insumos inerentes à prática da homeopatia:

- repertório homeopático e matéria médica homeopática em forma impressa e em software;

2. criar incentivo para a garantia de acesso a medicamentos homeopáticos na perspectiva de:

- incentivo a implantação e/ou à adequação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, com possibilidade de ampliação para fitoterápicos, que atendam a demanda e à realidade loco-regional, segundo critérios estabelecidos, e em conformidade com a legislação vigente;

- estíimulo à implantação de projetos para produção de matrizes homeopáticas nos laboratórios oficiais visando ano fornecimento às farmácias de manipulação de medicamentos homeopáticos locais ou regionais;

3 - garantir mecanismos de financiamento para projetos e programas de formação e educação permanente, que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, mediante demanda loco-regional e pactuação nos Pólos de Educação Permanente em Saúde;

4 - para a estruturação física dos serviços o Ministério da Saúde dispõe anualmente de financiamento federal por meio de convênios a partir de projetos apresentados ao Fundo Nacional de Saúde, cabendo também aos Estados e aos municípios o co-financiamento para a estruturação dos serviços de atenção homeopática;

5 - garantir financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da homeopatia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular.

Consideração: deverá ser realizada avaliação periódica do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

Diretriz H 3

Provimento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. inclusão da homeopatia na política de Assistência Farmacêutica das três esferas de gestão SUS;

2. contemplar, na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de homeopáticos que atendam as necessidades do SUS nesta área;

3. ampliar a oferta de medicamentos homeopáticos, por intermédio de farmácias publicas de manipulação que atendam à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área e com ênfase na assistência farmacêutica;

- criar incentivo voltado à implantação ou à melhoria de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos (possibilidade de ampliação para fitoterápicos), com contrapartida do município e/ou do Estado para sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos

- elaboração de Banco Nacional de Preços para os materiais de consumo necessários ao funcionamento da farmácia de manipulação para dar suporte ao processo de licitação realizado pelos Estados e municípios;

4. incentivar a produção pelos laboratórios oficiais de: - matrizes homeopáticas visando ao seu fornecimento às farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, estimulando parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e baseando-se na lista de policrestos e semipolicrestos definida pela Farmacotécnica Homeopática Brasileira - 2ª edição de 1997; - medicamentos homeopáticos pelos laboratórios oficiais, objetivando seu fornecimento aos Estados e aos municípios e segundo estudos de viabilidade econômica;

5. induzir e apoiar a iniciativa local na identificação dos medicamentos - formas farmacêuticas, escalas, dinamizações e métodos empregados - necessários e mais utilizados nos serviços de homeopatia já existentes, elaborando, a partir, uma relação de orientação para a produção dos medicamentos e para as unidades de saúde, sujeita à revisão periódica e atendendo à realidade local;

Diretriz H 4

Apoio a projetos de formação e de educação permanente, promovendo a qualidade técnica dos profissionais e consoante com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente. Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. promover a discussão da homeopatia na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, por intermédio das instituições formadoras da área, dos usuários e dos profissionais de saúde homeopatas, visando à qualificação dos profissionais no SUS; - articular, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente em Saúde no SUS, a realização de diagnóstico acerca das dificuldades e das limitações atuais na prática clínica homeopática, no que se refere à formação e à necessidade de educação permanente dos profissionais homeopatas que atuam nos diversos níveis de complexidade do SUS, da atenção básica à atenção especializada;

2. Prover apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento de projetos e programas de formação e educação permanente que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, considerando: - a adoção de metodologias e formatos adequados às necessidades e às viabilidades locais e/ou loco-regionais, incluindo o ensino a distância e a formação em serviço; - a pactuação de ações e iniciativas no campo da Educação Permanente em Saúde e que atenda à demanda loco-regional;

3. elaborar material informativo com o objetivo de apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente dos profissionais homeopatas, observando: os princípios e diretrizes do SUS; as recomendações da Política de Educação Permanente; os critérios estabelecidos pelas instituições homeopáticas de representação nacional, em termos das habilidades e competências dos profissionais homeopatas; e as diretrizes desta política;

4. apoiar técnica e financeiramente a estruturação física da homeopatia nos centros de referência, com atribuições: na implementação de atividades de ensino em serviço (estágios, formação e educação permanente); no desenvolvimento de pesquisas em homeopatia de interesse para o SUS; na integração de atividades de assistência, ensino e pesquisa, em articulação com princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS;

5. promover a inclusão da racionalidade homeopática nos cursos de graduação e pós-graduação strictu e lato sensu para profissionais da área de saúde;

6. promover a discussão sobre a homeopatia no processo de modificação do ensino de graduação;

7. fomentar e apoiar junto ao Ministério da Educação projetos de residência em homeopatia;

8. fomentar e apoiar iniciativas de criação e manutenção de Fórum Virtual Permanente, permitindo um espaço de discussão acerca da formação/episteme homeopática e modelo de atenção, de modo a tornar disponíveis produções, experiências e documentos visando à implementação da atenção homeopática no SUS;

9. apoiar a realização de fóruns de homeopatia nas três esferas de governo, objetivando a discussão e a avaliação da implantação e implementação da homeopatia no SUS;

10. estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, da educação permanente e da pesquisa com países onde a homeopatia esteja integrada ao serviço público de saúde.

Diretriz H5

Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. desenvolver instrumentos adequados de acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS, com ênfase no acompanhamento e na avaliação das dificuldades de inserção identificadas e sua superação; e na criação de mecanismos para coleta de dados que possibilitem estudos e pesquisas e que sirvam como instrumentos no processo de gestão;

2. acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS;

3. incluir no sistema de informação do SUS os procedimentos em homeopatia referente a atividade de educação e saúde na atenção básica para os profissionais de saúde de nível superior;

4. identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação Homeopática no cadastro de estabelecimentos de saúde

Diretriz H 6

Socializar informações sobre a homeopatia e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. incluir a homeopatia na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

2. produzir materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação da homeopatia, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, dos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e aos discentes da área de saúde e comunidade em geral;

3. apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre homeopatia em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;

4. identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em homeopatia;

5. prover apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em homeopatia, considerando a pactuação de ações e iniciativas de Educação Permanente em Saúde no SUS.

Diretriz H 7

Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção homeopática no SUS.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. incluir a homeopatia nas linhas de pesquisa do SUS;

2. identificar e estabelecer rede de apoio, em parceria com instituições formadoras, associativas e representativas da homeopatia, universidades, faculdades e outros órgãos dos governos federal, estaduais e municipais, visando: - ao fomento à pesquisa em homeopatia; - à identificação de estudos e pesquisas relativos à homeopatia existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações; - criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em homeopatia realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

3. identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em homeopatia;

4. apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre homeopatia;

5. priorizar as linhas de pesquisas em homeopatia a serem implementadas pelo SUS, em especial aquelas que contemplem a avaliação da eficácia, da eficiência e da efetividade da homeopatia, visando ao aprimoramento e à consolidação da atenção homeopática no SUS;

6. apoiar a criação e a implantação de protocolos para avaliação de efetividade, resolubilidade, eficiência e eficácia da ação da homeopatia nas endemias e epidemias;

7. acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS.

4.3. NAS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

Diretriz PMF 1

Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. realizar diagnóstico situacional das plantas medicinais e fitoterápicos utilizados em programas estaduais, municipais e outros relacionados ao tema;

2. estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e fitoterápicos nas Relações Nacionais, baseados nos conceitos de eficácia e segurança;

3. identificar as necessidades da maioria da população, a partir de dados epidemiológicos das doenças passíveis de serem tratadas com plantas medicinais e fitoterápicos;

4. elaborar monografias padronizadas das plantas medicinais e fitoterápicos constantes nas Relações.

Diretriz PMF 2

Provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. tornar disponíveis plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas unidades de saúde, de forma complementar, seja na estratégia de saúde da família, seja no modelo tradicional ou nas unidades de média e alta complexidade, utilizando um ou mais dos seguintes produtos: planta medicinal “in natura”, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado.

1.1. Quando a opção for pelo fornecimento da planta medicinal “in natura”, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais;

- fornecimento do memento referente às espécies utilizadas;

- utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, do solo e da água;

- implantação e manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais e/ou estimulando hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas.

1.2. Quando a opção for pelo fornecimento da planta seca (droga vegetal), deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais;

- fornecimento do memento referente às espécies utilizadas;

- utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, do solo e da água;

- obtenção da matéria-prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, de cooperativas, de associações de produtores, de extrativismo sustentável ou de outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

- oferta de local adequado para o armazenamento das drogas vegetais.

1.3. Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico manipulado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento do fitoterápico manipulado conforme memento associado à Relação Nacional de Plantas Medicinais e à legislação pertinente para atender as necessidades do SUS nesta área;

- utilização de matéria-prima vegetal, processada de acordo com às boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, de cooperativas, de associações de produtores, extrativismo sustentável ou de outros, com alvará ou licença de órgãos competente para tal;

- utilização dos derivados de matéria-prima vegetal, processados de acordo com as boas praticas de fabricação, oriundos de fornecedores com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

- ampliação da oferta de fitoterápicos, por intermédio de farmácias públicas com manipulação de fitoterápicos, que atenda à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área;

- elaboração de monografias sobre produtos oficinais (fitoterápicos) que poderão ser incluídos na farmacopéia brasileira;

- contemplar, na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de fitoterápicos que atendam às necessidades do SUS nesta área.

1.4. Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico industrializado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento do produto conforme a Relação Nacional de Fitoterápicos;

- estímulo à produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais;

- fornecimento de fitoterápicos que atendam a legislação vigente;

- aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços municipais de assistência farmacêutica.

Diretriz PMF 3

Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. definir localmente, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS, a formação e educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia para os profissionais que atuam nos serviços de saúde. A educação permanente de pessoas e equipes para o trabalho com plantas medicinais e fitoterápicos, dar-se-á nos níveis:

1.1. básico interdisciplinar comum a toda a equipe: contextualizando as Práticas Integrativas e Complementares, contemplando os cuidados gerais com as plantas medicinais e fitoterápicos.

1.2. específico para profissionais de saúde de nível universitário: detalhando os aspectos relacionados à manipulação, do uso e à prescrição das plantas medicinais e fitoterápicos.

1.3. específico para profissionais da área agronômica: detalhando os aspectos relacionados à cadeia produtiva de plantas medicinais.

2. estimular a elaboração de material didático e informativo visando apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente.

3. estimular estágios nos serviços de fitoterapia aos profissionais das equipes de saúde e aos estudantes dos cursos técnicos e de graduação.

4. estimular as universidades a inserir, nos cursos de graduação e pós-graduação envolvidos na área, disciplinas com conteúdo voltado às plantas medicinais e fitoterapia.

Diretriz PMF 4

Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. desenvolver instrumentos de acompanhamento e avaliação;

2. monitorar as ações de implantação e implementação por meio dos dados gerados;

3. propor medidas de adequação das ações, subsidiando as decisões dos gestores a partir dos dados coletados;

4. identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos no cadastro de estabelecimentos de saúde.

Diretriz PMF 5

Fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. resgatar e valorizar o conhecimento tradicional e promover a troca de informações entre grupos de usuários, detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos;

2. estimular a participação de movimentos sociais com conhecimento do uso tradicional de plantas medicinais nos Conselhos de Saúde;

3. incluir os atores sociais na implantação e na implementação desta Política Nacional no SUS;

4. ampliar a discussão sobre a importância da preservação ambiental na cadeia produtiva;

5. estimular a participação popular na criação de hortos de espécies medicinais como apoio ao trabalho com a população, com vistas à geração de emprego e renda.

Diretriz PMF 6

Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. para a obtenção de plantas in natura - planejar, a partir da articulação entre as esferas de competência a implantação e a manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais ou hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas;

2. para a obtenção de plantas secas - planejar, a partir da articulação entre as esferas de competência, a obtenção de matéria prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, cooperativas, associações de produtores, extrativismo sustentável ou outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

3. para a obtenção de fitoterápico manipulado - criar incentivo voltado à implantação ou à melhoria das farmácias públicas de manipulação de fitoterápicos, com possibilidade de ampliação para homeopáticos, com contrapartida do município e/ou do estado para sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos e legislação pertinente para atender às necessidades do SUS nesta área;

4. para a obtenção de fitoterápico industrializado - incentivar a produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais, assim como criar incentivo para aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços de assistência farmacêutica;

5. para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da fitoterapia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional - garantir financiamento específico.

Diretriz PMF 7

Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do País. Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. garantir linhas de financiamento nos Ministérios da Saúde, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, do Meio Ambiente, da Ciência e Tecnologia, nas Fundações de Amparo à Pesquisa, na Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/Opas), para pesquisas sobre os itens da Relação de Plantas Medicinais

com Potencial de Utilização no SUS e para estímulo à produção nacional, visando assegurar o fornecimento regular ao mercado interno;

2. incorporar à Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização para o SUS na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa e Saúde;

3. estimular linhas de pesquisa em fitoterapia nos cursos de pós-graduação strictu sensu junto às universidades e aos institutos de pesquisa;

4. incentivar a realização e a aplicação de protocolos para o desenvolvimento de pesquisa em fitoterapia, relacionada aos aspectos epidemiológicos, clínicos e da assistência farmacêutica;

5. promover pesquisa e desenvolvimento tecnológico, com base no uso tradicional das plantas medicinais, priorizando as necessidades epidemiológicas da população, com ênfase nas espécies nativas e naquelas que estão sendo utilizadas no setor público e nas organizações dos movimentos sociais;

6. garantir recursos para apoio e desenvolvimento de centros de pesquisas clínicas na área da fitoterapia;

7. incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia;

8. - implantar bancos de dados dos programas de fitoterapia, das instituições de pesquisas, dos pesquisadores e dos resultados de pesquisas com plantas medicinais e fitoterápicos.

Diretriz PMF 8

Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS. Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. divulgar as Relações Nacionais de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos;

2. garantir o suporte técnico em todas as etapas de implantação e implementação da fitoterapia;

3. envolver os gestores do SUS no desenvolvimento das ações de comunicação e divulgação, oferecendo os meios necessários (conteúdos, financiamento e metodologias, entre outros);

4. desenvolver campanhas educativas buscando a participação dos profissionais de saúde com vistas ao uso racional;

5. desenvolver ações de informação e divulgação aos usuários do SUS, por meio de cartazes, cartilhas, folhetos, vídeos, entre outros, respeitando as especificidades regionais e culturais do País;

6. incluir a fitoterapia na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

7. desenvolver ações de farmacoepidemiologia e farmacovigilância;

8. identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em fitoterapia.

Diretriz PMF 9

Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. financiamento aos laboratórios oficiais de controle de qualidade;

2. implantação/inserção de sistema de informação sobre o uso, os efeitos e a qualidade destes medicamentos;

3. formação dos profissionais de Vigilância Sanitária para o monitoramento da qualidade destes medicamentos;

4. apoio aos serviços de vigilância sanitária para o desempenho neste campo.

4.4. NO TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

Diretriz TSC 1

Incentivo à criação de Observatórios de Saúde onde atualmente são desenvolvidas experiências em Termalismo Social, no âmbito do SUS

Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão:

1. instituir, mediante termos de cooperação técnica bipartite ou tripartite, observatório das experiências consolidadas no termalismo social, acompanhando sua inserção no SUS local;

2. desenvolver ações de acompanhamento e avaliação das práticas de termalismo/crenoterapia desenvolvidas nos serviços;

3. apoiar as iniciativas de divulgação e capacitação para ações referentes ao termalismo social/crenoterapia no SUS;

4. estimular a interlocução entre as esferas de governo e a sociedade civil visando à implantação de Projetos Piloto de termalismo nos Estados e nos municípios que possuem fontes de água mineral com potencial terapêutico;

5. estimular as esferas governamentais para realização de análises físico-químicas periódicas das águas minerais;

6. apoiar estudos e pesquisas sobre a utilização terapêutica das águas minerais;

7. Elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios de Saúde.

5. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

5.1. GESTOR FEDERAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Estimular pesquisas nas áreas de interesse, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para as Práticas Integrativas e Complementares.

- Estabelecer diretrizes para a educação permanente em Práticas Integrativas e Complementares.

- Manter articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional.

- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

- Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Garantir a especificidade da assistência farmacêutica em homeopatia e fitoterapia para o SUS na regulamentação sanitária.

- Elaborar e revisar periodicamente a Relação Nacional de Plantas Medicinais, a Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e a Relação Nacional de Fitoterápicos (esta última, segundo os critérios da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/Rename).

- Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas Relações Nacionais.

- Elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS.

- Elaborar mementos associados à Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos.

- Estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS.

- Fortalecer o Sistema de Farmacovigilância Nacional, incluindo ações relacionadas às plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

- Implantar um banco de dados dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, das instituições de ensino e pesquisa, assim como de pesquisadores e resultados das pesquisas cientificas em Práticas Integrativas e Complementares.

- Criação de Banco Nacional de Preços para os insumos das Práticas Integrativas e Complementares pertinentes, para orientação aos estados e aos municípios.

5.2. GESTOR ESTADUAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede de saúde.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

- Implementar as diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade loco-regional.

- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

- Manter articulação com municípios para apoio à implantação e à supervisão das ações.

- Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

- Exercer a vigilância sanitária no tocante as Práticas Integrativas e Complementares e ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

- Apresentar e aprovar proposta de inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no Conselho Estadual de Saúde.

5.3. GESTOR MUNICIPAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede municipal de saúde.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

- Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde.

- Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política.

ANEXO 2 DO ANEXO XXV

Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS (Origem: PRT MS/GM 1600/2006)

Art. 1º Fica aprovada, na forma do Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXV , a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira complementar ao Anexo XXV , que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e as entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Portaria ora aprovada, promoverão a elaboração e a adequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Art. 2º)

ANEXO A DO ANEXO 2 DO ANEXO XXV

Criação e diretriz do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Anexo 1)

1. Introdução

A Medicina Antroposófica apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde.

Entre os recursos terapêuticos da Medicina Antroposófica, destacam-se: a utilização de aplicações externas (banhos e compressas), massagens, movimentos rítmicos, terapia artística e uso de medicamentos naturais (fitoterápicos e medicamentos diluídos e dinamizados).

As experiências presentes no SUS colocam-se como um campo de interesse para acompanhamento e observação por oferecerem contribuições significativas para a abordagem da Atenção Básica, destacando-se a utilização de recursos que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Considerando-se o estágio de implantação destas experiências no SUS, propõe-se implantar, no âmbito do Ministério da Saúde, Observatório com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre as práticas e seu impacto na saúde.

Diretriz Única

Criação de Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, no âmbito do Ministério da Saúde.

Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão:

1. instituir Observatório das experiências já consolidadas de Medicina Antroposófica no SUS, articulando-se as três esferas de gestão;

2. desenvolver metodologias apropriadas para o acompanhamento e avaliação das práticas desenvolvidas nos serviços; e

3. elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios.

ANEXO 3 DO ANEXO XXV

Aprova a definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga na PNPIC (Origem: PRT MS/GM 849/2017)

Art. 1º Ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga apresentadas no Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV . (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Art. 1º)

Art. 2º As práticas citadas neste Anexo atenderão às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Art. 2º)

ANEXO A DO ANEXO 3 DO ANEXO XXV

Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Anexo 1)

Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023".

A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) e orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas trazendo para o Sistema único de Saúde (SUS) práticas que atendam as necessidades regionais.

Os 10 anos da Política trouxeram avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou que as 14 práticas a serem incluídas por esta Portaria estão presentes nos serviços de saúde em todo o país.

Esta Portaria, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS.

DESCRIÇÃO

ARTETERAPIA

É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida.

A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias percepções, ampliando a percepção do individuo sobre si e do mundo. A arte é utilizada no cuidado à saúde com pessoas de todas as idades, or meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o stress e experiências traumáticas.

AYURVEDA

É considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Utilizou-se de observação, experiência e os recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado.

Ayurveda significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual.

A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver.

No Ayurveda a investigação diagnóstica leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa. Considera que a doença inicia-se muito antes de ser percebida no corpo, aumentando o papel preventivo deste sistema terapêutico, tornando possível tomar medidas adequadas e eficazes com antecedência.

Os tratamentos no Ayurveda levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o dosha (humores biológicos) do indivíduo. Assim, cada tratamento é planejado de forma individual. São utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e o cuidado dietético.

A teoria dos três doshas (tridosha) é o princípio que rege a intervenção terapêutica no Ayurveda. As características dos doshas podem ser consideradas uma ponte entre as características emocionais e fisiológicas. Cada dosha está relacionado a uma essência sutil: Vata, a energia vital; Pitta o fogo essencial; e Kapha está associado à energia mental.

A abordagem terapêutica básica é aquela que pode ser realizada pelo próprio indivíduo através do autocuidado, sendo o principal tratamento.

BIODANÇA

É uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva.

Configura-se como um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de integração psicofísica, de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. Sua metodologia vivencial estimula uma dinâmica de ação que atua no organismo potencializando o protagonismo do indivíduo para sua própria recuperação. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo passam ocupar lugar de destaque nas ações de saúde.

É um processo altamente integrativo, sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Nesse sentido, configura-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), produzindo efeitos na saúde como: ativar a totalidade do organismo; gerar processos adaptativos e integrativos; através da otimização da homeostase do organismo.

DANÇA CIRCULAR

Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.

O principal enfoque na Dança Circular não é a técnica e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória.

As danças circulares podem criar espaços significativos para o desenvolvimento de estados emocionais positivos, tornando-se um recurso importante no contexto de grupos, uma vez que estimulam a cooperação, despertam o respeito ao outro, a integração, a inclusão e o acolhimento às diversidades. A prática tem o potencial mobilizador da expressão de afetos e de reflexões que resultam na ampliação da consciência das pessoas.

No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência e do prazer pela participação plena dos processos internos de transformação, promovendo o bem-estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima; a consciência corporal, entre outros benefícios.

MEDITAÇÃO

É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "êxtase".

A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo.

Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Atrelado a isso, o conjunto de atitudes e comportamentos, aliado aos mecanismos de enfrentamento escolhidos pelo indivíduo diante as diversas situações da vida, tem impacto sobre sua saúde ou doença.

A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.

MUSICOTERAPIA

É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

É importante destacar que a utilização terapêutica da música se deve à influência que esta exerce sobre o indivíduo, de forma ampla e diversificada. No desenvolvimento humano a música é parte inerente de sua constituição, pois estimula o afeto, a socialização e movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida.

A Musicoterapia favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado junto a outras práticas, facilitando abordagens interdisciplinares, pois promove relaxamento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o diálogo entre os indivíduos e profissionais.

NATUROPATIA

É entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. Tem sua origem fundamentada nos saberes de cuidado em saúde de diversas culturas, particularmente aquelas que consideram o vitalismo, que consiste na existência de um princípio vital presente em cada indivíduo, que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental, em sua cosmovisão.

A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos.

Cada indivíduo recebe um tratamento individualizado, planejado para suas especificidades, seguindo seis princípios fundamentais: não fazer mal - por meio do uso de métodos que minimizam o risco de efeitos colaterais; identificar e tratar as causas fundamentais da doença - identificando e removendo as causas subjacentes das doenças ao invés de suprimir os sintomas; ensinar os princípios de uma vida saudável e uma prática promocionista - compartilhando conhecimentos com os indivíduos e os encorajando a ter responsabilidade sob sua própria saúde; tratar o indivíduo como um todo por meio de um tratamento individualizado - compreendendo fatores físicos, mentais, emocionais, espirituais, genéticos, espirituais, ambientais e sociais únicos que contribuem para a doença e, personalizando os protocolos de tratamento para o indivíduo; dar ênfase à prevenção de agravos e doenças e à promoção da saúde - avaliando os fatores de risco e vulnerabilidades e recomendando intervenções apropriadas para manter e expandir a saúde e prevenir a doença e, dar suporte ao poder de cura do organismo - reconhecendo e removendo os obstáculos que interferem no processo de autocura do corpo.

OSTEOPATIA

É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades.

A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. Desta forma, a osteopatia diferencia-se de outros métodos de manipulação pois busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase.

Pode ser subdividida basicamente em três classes, a saber: osteopatia estrutural; osteopatia craniana; osteopatia visceral. Esta abordagem para os cuidados e cura do indivíduo, se baseia no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, em que todas as partes se inter-relacionam e que possui seus próprios mecanismos para a autorregulação e a autocura.

O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade tridimensional de qualquer elemento conjuntivo, caracterizadas por restrições de mobilidade (hipomobilidades).

A osteopatia diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada à própria cura.

QUIROPRAXIA

É uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral.

São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação, que gera uma cavitação.

O ajuste articular promovido pela Quiropraxia é aplicado em segmentos específicos e nos tecidos adjacentes com objetivo de causar influência nas funções articulares e neurofisiológicas a fim de corrigir o complexo de subluxação, cujo modelo é descrito como uma disfunção motora segmentar, o qual incorpora a interação de alterações patológicas em tecidos nervosos, musculares, ligamentosos, vasculares e conectivos.

REFLEXOTERAPIA

Também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.

As áreas do corpo foram projetadas nos pés, depois nas mãos, na orelha e também em outras partes do corpo, passando a ser conhecida como microssistemas, que utiliza o termo "Terapias Reflexas", Reflexoterapia ou Reflexologia.

A planta dos pés apresenta mais de 72.000 terminações nervosas; na existência de um processo patológico, vias eferentes enviam fortes descargas elétricas que percorrem a coluna vertebral e descendo pelos nervos raquidianos, pelas pernas, as terminações nervosas livres, que se encontram nos pés criam um campo eletromagnético que gera uma concentração sanguínea ao redor de determinada área. Quanto maior a concentração de sangue estagnado, mais crônicas e mais graves são as patologias.

REIKI

É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral.

A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios - "nós energéticos" - eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital.

A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. A prática do Reiki, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital.

SHANTALA

É uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional.

Promove e fortalece o vínculo afetivo, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. Permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar.

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)

É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas.

A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de

experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas.

Está fundamentada em cinco eixos teóricos que são: a Pedagogia de Paulo Freire, a Teoria da Comunicação, o Pensamento Sistêmico, a Antropologia Cultural e a Resiliência. Reforça a autoestima e fortalece vínculos positivos, promovendo redes solidárias de apoio e otimizando recursos disponíveis da comunidade, é fundamentalmente uma estratégia integrativa e intersetorial de promoção e cuidado em saúde. Tendo a possibilidade de ouvir a si mesmo e aos outros participantes, a pessoa pode atribuir outros significados aos seus sofrimentos, diminuído o processo de somatização e complicações clínicas.

É uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Um conjunto de ásanas (posturas corporais) pode reduzir a dor lombar e melhorar Para harmonizar a respiração, são praticados exercícios de controle respiratório denominados de prânâyâmas. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não-violência.

A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral.

Anexo XXVI
Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Origem: PRT MS/GM 1559/2008)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 1º)

CAPÍTULO I
DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SUS

Art. 2º As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º)

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, I)

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, II)

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, III)

Art. 3º A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º)

I - elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, I)

II - planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, II)

III - controle Social e Ouvidoria em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, III)

IV - vigilância sanitária e epidemiológica; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, IV)

V - regulação da saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, V)

VI - auditoria assistencial ou clínica; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, VI)

VII - avaliação e incorporação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, VII)

Art. 4º A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º)

I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, I)

II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, II)

III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, III)

IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, IV)

V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, V)

VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VI)

VII - Programação Pactuada e Integrada (PPI); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VII)

VIII - avaliação analítica da produção; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VIII)

IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, IX)

X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, X)

XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, XI)

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, XII)

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º)

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, I)

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, II)

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, III)

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, IV)

Art. 6º Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todos as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º)

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 1º)

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contrarreferência baseado nos processos de programação assistencial. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 3º)

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) serão definidas pela área técnica da regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 4º)

Art. 7º A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 7º)

Art. 8º As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º)

§ 1º São atribuições da regulação do acesso: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º)

I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, I)

II - garantir os princípios da equidade e da integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, II)

III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, III)

IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, IV)

V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, V)

VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VI)

VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VII)

VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VIII)

IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, IX)

X - subsidiar a programação pactuada e integrada. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, X)

§ 2º São atribuições do Complexo Regulador: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º)

I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, I)

II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, II)

III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, III)

IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, IV)

V - executar a regulação médica do processo assistencial. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, V)

Art. 9º O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º)

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, I)

II - Complexo Regulador Regional: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II)

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, a)

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, b)

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, III)

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º)

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, I)

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, II)

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, III)

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 3º)

Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10)

I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, I)

II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, II)

III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, III)

IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, IV)

V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, V)

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, VI)

§ 1º Cabe à União: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º)

I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, I)

II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, II)

III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, III)

IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, IV)

V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, V)

VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC nos termos do Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VI)

VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VII)

VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VIII)

IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, IX)

§ 2º Cabe aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º)

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, I)

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, II)

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, III)

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IV)

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, V)

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VI)

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VII)

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VIII)

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IX)

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, X)

XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XI)

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XII)

§ 3º Cabe aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º)

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em cogestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, I)

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, II)

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, III)

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IV)

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, V)

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VI)

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VII)

VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VIII)

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IX)

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, X)

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XI)

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XII)

XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIII)

XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIV)

§ 4º Cabe ao Distrito Federal executar as atividades contidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, preservando suas especificidades políticas e administrativas. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 4º)

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, adotará as providências necessárias à plena aplicação da Política Nacional de Regulação do SUS, instituída por este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 11)

ANEXO 1 DO ANEXO XXVI

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) (Origem: PRT MS/GM 2309/2001

Art. 1º Fica instituída, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os procedimentos da modalidade de assistência de que trata este Artigo são aqueles definidos na Portaria SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002, que estabelece lista dos Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares (SIA e SIH/SUS). (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º O Ministério da Saúde financiará os procedimentos objeto do art. 1º, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), por meio da Câmara Nacional de Compensação, não sendo onerados os limites financeiros estabelecidos para os estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os recursos utilizados atualmente, por estados e municípios com assistência hospitalar de alta complexidade, de pacientes de outros estados, serão mantidos nos tetos estaduais podendo ser remanejados pelas Comissões Intergestores Bipartite dos estados. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) adotará as providências necessárias para a operacionalização da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, ora instituída. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 3º)

ANEXO XXVII

Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Origem: PRT MS/GM 3916/1998)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do Anexo 1 do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Medicamentos, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME)

Seção I

Disposições Gerais

Art. 3º Fica estabelecido o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a seguinte estrutura: (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º)

I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, I)

II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, II)

III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, III)

IV - Relação Nacional de Insumos; e (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, IV)

V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, V)

§ 1º Incluem-se entre os medicamentos que compõem a RENAME os que forem definidos no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os medicamentos inseridos nas ações e serviços de saúde de que tratam as Políticas Nacional de Atenção Oncológica Oftalmológica e de Urgências e Emergências estão contemplados na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, § 2º)

Art. 4º O elenco de medicamentos e insumos da RENAME encontra-se definido e organizado a partir do emprego dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º)

I - os medicamentos utilizados na Atenção Básica são aqueles constantes da Relação Nacional dos Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, I)

II - a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar consiste nos medicamentos descritos nominalmente em códigos específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS, cujo financiamento ocorre por meio de procedimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, II)

III - as vacinas e soros integram a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, III)

IV - a Anatomical Therapeutic Chemical, da Organização Mundial da Saúde (ATC/MS), utilizando-se o Subgrupo Farmacológico (3º Nível ATC) e o Subgrupo Químico (4º Nível ATC); (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, IV)

V - as indicações terapêuticas definidas no Formulário Terapêutico Nacional (FTN), nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e/ou diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde foram empregadas para a alocação dos medicamentos na RENAME; e (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, V)

VI - inclusão dos medicamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, VI)

Art. 5º A incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME serão realizadas pelo Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 3º)

Art. 6º A RENAME será disponibilizada pelo Ministério da Saúde, no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 4º)

Art. 7º O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) é o instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para qualificar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 5º)

Seção II
Do Formulário Terapêutico Nacional

Art. 8º Fica instituído o Formulário Terapêutico Nacional (FTN) da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 1º)

Parágrafo Único. O FTN será disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 9º O FTN contém informações científicas e embasadas em evidências sobre os medicamentos selecionados na RENAME, visando subsidiar os profissionais de saúde em prescrição, dispensação e uso dos medicamentos essenciais. (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 2º)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS

Art. 10. Ficam aprovadas as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais, que se encontra no Anexo 2 do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Art. 1º)

Art. 11. As disposições deste Capítulo abrangem as farmácias em hospitais que integram o serviço público, da Administração Direta e Indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de entidades privadas com ou sem fins lucrativos, inclusive filantrópicas. (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Art. 2º)

CAPÍTULO III
DOS PRODUTOS OU PROCESSOS FARMACÊUTICOS CONSIDERADOS DE INTERESSE PARA AS POLÍTICAS DE MEDICAMENTO OU DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA EXAME DE PRÉVIA ANUÊNCIA DA ANVISA

Art. 12. São considerados de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência, realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com o art. 229-C da Lei nº 9.279, de 1996, os produtos ou processos farmacêuticos que compreendam, ou resultem em substância constante da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 11 de dezembro de 2013 e suas atualizações, conforme os grupos definidos abaixo: (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º)

I - antivirais e antirretrovirais; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, I)

II - doenças negligenciadas; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, II)

III - doenças degenerativas (Alzheimer / Parkinson); (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, III)

IV - imunossupressores; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, IV)

V - doenças mentais (antipsicóticos / anticonvulsivantes); (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, V)

VI - produtos obtidos por rotas biológicas; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VI)

VII - vacinas e soros; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VII)

VIII - hemoderivados; e (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VIII)

IX - produtos oncológicos. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, IX)

Parágrafo Único. Quando o objeto do pedido de invenção não constar da lista de substâncias da referida Portaria deverá ser considerado de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência, aqueles relacionados aos grupos definidos no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 13. O objeto do pedido de invenção de produtos e processos farmacêuticos, caracterizado como de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, deverá atender aos critérios de patenteabilidade e demais requisitos da Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 2º)

Art. 14. A ANVISA implementará as medidas necessárias à execução do disposto neste Capítulo, segundo sua área de competência. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO IV
DOS CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS PELOS LABORATÓRIOS OFICIAIS DE PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS EM SUAS LICITAÇÕES PARA AQUISIÇÃO DE MATÉRIA PRIMA

Art. 15. Os Laboratórios Oficiais de produção de medicamentos, em suas licitações, deverão dar preferência à aquisição dos ingredientes farmacêuticos ativos necessários à sua linha de produção de empresas que produzam essas matérias-primas no País. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 1º)

Art. 16. Quando houver mais de um fornecedor que atenda às condições estabelecidas pelo art. 15, os laboratórios oficiais de produção de medicamentos deverão levar em conta, no processo licitatório, o grau de verticalização da produção no País, apresentado pelos fornecedores. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 2º)

Art. 17. A observância dessa norma ora instituída deverá constituir-se em critério discriminante positivo e deverá estar compulsoriamente presente nas análises de projetos de compras e investimentos realizados pelo Ministério da Saúde junto aos Laboratórios Oficiais de produção de medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 3º)

CAPÍTULO V
DA COMISSÃO PERMANENTE DE BAIXA E DESCARTE DE MEDICAMENTOS

Art. 18. Fica instituída a Comissão Permanente de Baixa e Descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis (CPBD), subordinada à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º)

§ 1º Consideram-se irrecuperáveis aqueles medicamentos, insumos de saúde e materiais que não mais puderem ser utilizados para o fim a que se destinam. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A atuação da CPBD poderá abranger todos os órgãos do Ministério da Saúde, inclusive os Núcleos Estaduais. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º, § 2º)

Art. 19. A CPBD terá competência para definir os produtos irrecuperáveis que trata o art. 18, § 1º e validar os processos de descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis, após levantamento realizado pelas unidades demandantes, ouvido o Departamento de Logística em Saúde da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (DLOG/SE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 2º)

Art. 20. A CPBD será composta por um representante, titular e suplente, de cada Secretaria do Ministério da Saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º)

I - a Secretaria-Executiva indicará o representante titular e seu suplente; e (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, I)

II - os representantes titulares das demais Secretarias serão seus respectivos Chefes de Gabinete, devendo cada Secretaria indicar o suplente. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, II)

§ 1º A coordenação da CPBD será exercida pelo representante da Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A CPBD poderá, quando se fizer necessário, convocar especialistas de outras áreas do Ministério da Saúde para auxiliarem com os subsídios técnicos necessários à tomada de decisão no âmbito da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A Secretaria-Executiva fornecerá o apoio administrativo necessário ao funcionamento da CPBD. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A participação na CPBD será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 4º)

Art. 21. As Secretarias do Ministério da Saúde, como áreas demandantes, serão competentes para encaminhar os processos de descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis de suas respectivas unidades à CPBD, acompanhados de nota técnica que atestará o motivo das perdas. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º)

§ 1º A efetivação do descarte dependerá de validação da CPBD e a execução será realizada pelo DLOG/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O encaminhamento dos processos de que trata o caput deverá seguir cronograma com estipulação de prazos para baixa e descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Após cumpridas todas as exigências previstas neste Capítulo e efetivado o descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis, o processo deverá ser enviado ao DLOG/SE/MS, para arquivamento. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 4º)

Art. 22. Os responsáveis, nas respectivas áreas demandantes, pelos estoques de medicamentos, insumos de saúde e materiais, inclusive os decorrentes de decisão judicial, deverão utilizar ferramentas de controle eficientes, que forneçam informações atualizadas para tomada de decisão, visando a minimizar as perdas. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 5º)

Art. 23. Compete à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde a edição de normas complementares acerca do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 6º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXVII

Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

PREFÁCIO

Políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, devem ser explicitadas de forma a:

- tornar públicas e expressas as intenções do Governo;

- permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular à discussão das propostas de Governo;

- orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades;

- funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis.

No âmbito do Ministério da Saúde, a formulação de políticas desenvolve-se mediante a adoção de metodologia apropriada baseada num processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em um modelo único e acabado.

Esse processo está representado, em especial, pela coleta e sistematização de subsídios básicos, interna e externamente ao Ministério, a partir dos quais é estruturado um documento inicial, destinado a servir de matéria-prima para discussões em diferentes instâncias.

Entre as instâncias consultadas estão os vários órgãos do próprio Ministério, os demais gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, os segmentos diretamente envolvidos com o assunto objeto da política e a população em geral, mediante a atuação do Conselho Nacional de Saúde, instância que, no nível federal, tem o imprescindível papel de atuar "na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde", conforme atribuição que lhe foi conferida pela Lei nº 8.142/90.

A promoção das mencionadas discussões objetiva sistematizar as opiniões acerca da questão e recolher sugestões para a configuração final da política em construção, cuja proposta decorrente é submetida à avaliação e aprovação do Ministro da Saúde.

No nível da direção nacional do Sistema, a responsabilidade pela condução desse processo está afeta à Secretaria de Políticas de Saúde, a qual cabe identificar e atender as demandas por formulação ou reorientação de políticas. Cabe também à Secretaria promover ampla divulgação e operacionalizar a gestão das políticas consideradas estratégicas, além de implementar a sua contínua avaliação, visando, inclusive, ao seu sistemático aperfeiçoamento.

Paralelamente, deve-se ressaltar que a operacionalização das políticas formuladas exige o desenvolvimento de processo voltado à elaboração ou reorientação de planos, projetos e atividades, que permitirão conseqüência prática às políticas.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 60, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS - a "formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)".

O seu propósito precípuo é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A Política de Medicamentos aqui expressa tem como base os princípios e diretrizes do SUS e exigirá, para a sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal.

Esta Política concretiza metas do Plano de Governo, integra os esforços voltados à consolidação do SUS, contribui para o desenvolvimento social do País e orienta a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde.

Contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação - incluindo a regulamentação -, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda que outros insumos básicos na atenção à saúde, tais como imunobiológicos e hemoderivados, deverão ser objeto de políticas específicas. No caso particular dos produtos derivados do sangue, esta Política trata de aspectos concernentes a estes produtos, de que são exemplos questões relativas às responsabilidades dos três gestores do SUS e ao efetivo controle da qualidade.

2. JUSTIFICATIVA

O sistema de saúde brasileiro, que engloba estabelecimentos públicos e o setor privado de prestação de serviços, inclui desde unidades de atenção básica até centros hospitalares de alta complexidade. A importância e o volume dos serviços prestados pelo setor público de saúde no Brasil - composto pelos serviços estatais e privados conveniados ou contratados pelo SUS - podem ser verificados, por exemplo, no montante de atividades desenvolvidas em 1996, do qual constam a realização de 2,8 milhões de partos, 318 milhões de consultas médicas, 12 milhões de internações hospitalares, 502 milhões de exames e a aplicação de 48 milhões de doses de vacinas.

É indiscutível, portanto, a importância dos serviços de saúde, os quais constituem, ao lado de uma série de outros, fator de extrema importância para a qualidade de vida da população. Esses serviços representam, hoje, preocupação de todos os gestores do setor, seja pela natureza das práticas de assistência nele desenvolvidas, seja pela totalidade dos recursos por eles absorvidos.

A despeito do volume de serviços prestados pelo sistema de saúde, ainda há parcelas da população excluídas de algum tipo de atenção. Verifica-se, além disso, constantes mudanças no perfil epidemiológico que, atualmente, compreende doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos. Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônico degenerativas, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Além disso, emergem e reemergem outras doenças, tais como a cólera, a dengue, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS.

O envelhecimento populacional gera novas demandas, cujo atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e, certamente, a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sob esse enfoque, a política de medicamentos é, indubitavelmente, fundamental nessa transformação.

Deve se considerar, ainda, que modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos são influenciadas pelos indicadores demográficos, os quais têm demonstrado clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer.

Acarretando um maior consumo e gerando um maior custo social, tem-se novamente o processo de envelhecimento populacional interferindo sobretudo na demanda de medicamentos destinados ao tratamento de doenças crônico degenerativa, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Igualmente, adquire especial relevância o aumento da demanda daqueles de uso contínuo, corno é o caso dos utilizados no tratamento de doenças cardiovasculares, reumática, e da diabetes. Frise-se o fato de que é bastante comum, ainda, pacientes sofrerem de todas essas doenças simultaneamente.

Este cenário é também influenciado pela desarticulação da desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito de serviços da saúde. Em decorrência, observa-se, por exemplo, a falta de prioridades na adoção, pelo profissional médico, de produtos padronizados, constantes, da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME). Some-se a isso a irregularidade no abastecimento de medicamentos, no nível ambulatorial, o que diminui, em grande parte, a eficácia das ações governamentais no setor saúde.

O processo indutor uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, presentes na sociedade brasileira, são fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos requerendo, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo criativo tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário.

A produção e a venda de medicamento, devem enquadrar-se em um conjunto de leis, regulamentos e outros instrumentos legais direcionados para garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos produtos além dos aspectos atinentes a custos e preços de venda, em defesa do consumidor e dos programas de subsídio institucionais, tais como de compras de medicamentos, reembolsos especiais e planos de saúde.

Essa necessidade torna-se ainda mais significativa na medida em que o mercado farmacêutico brasileiro é um dos cinco maiores do mundo, com vendas que atingem 9,6 bilhões de dólares/ano. Em 1996, esse mercado gerou 47.100 empregos direto, e investimentos globais da ordem de 200 milhões de dólares. O setor é constituído por cerca de 480 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores.

Há, no País, cerca de 50 mil farmácias, incluindo as hospitalares e as homeopáticas, que comercializam 5.200 produtos, com 9.200 apresentações.

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro, este pode ser dividido em três grupos: o primeiro, formado por aqueles com renda acima de 10 salários mínimos, que corresponde a 15 por cento da população, consome 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de 193,40 dólares per capita; o segundo, apresenta uma renda entre quatro e 10 salários mínimos, que corresponde a 34% da população, consome anualmente 36% do mercado e gasta, anualmente, em média 64,15 dólares per capita, o terceiro, tem renda de zero a quatro salários mínimos, que representa 51% da população, consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de 18,95 dólares per capita.

Nitidamente, a análise desse perfil do consumidor indica a necessidade de que a Política de Medicamentos confira especial atenção aos aspectos relativos ao uso racional, bem como à segurança, eficácia e qualidade dos produtos colocados à disposição da população brasileira.

3. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito sejam balizadas pelas diretrizes a seguir explicitadas.

3.1 Adoção de relação de medicamentos essenciais

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva.

O Ministério de Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

O fato de que a Relação Nacional, conforme assinalado acima, deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais favorecerá o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços.

Trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Visando maior veiculação, a RENAME deverá ser continuamente divulgada por diferentes meios, como a Internet, por exemplo, possibilitando, entre outros aspectos, a aquisição de medicamentos a preços menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema.

No processo de atualização contínua da RENAME, deverá ser dada ênfase ao conjunto dos medicamentos voltados para a assistência ambulatorial, ajustado, no nível local, às doenças mais comuns à população, definidas segundo prévio critério epidemiológico.

3.2 Regulamentação sanitária de medicamentos

Nesse contexto, serão enfatizadas, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância.

Para tanto, deverão ser utilizadas comissões técnicas e grupos assessores com a finalidade de respaldar e subsidiar as atividades de regulamentação e as decisões que envolvam questões de natureza científica e técnica.

A promoção do uso de medicamentos genéricos será, igualmente, objeto de atenção especial. Portanto, o gestor federal deverá identificar os mecanismos necessários para tanto, por exemplo, a adequação do instrumento legal específico. Essa adequação deverá contemplar aspectos essenciais que favoreçam a consolidação do uso dos genéricos, tais como:

a) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nos editais, propostas, contratos e notas fiscais bem como de exigências sobre requisitos de qualidade dos produtos;

b) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nas compras e licitações públicas de medicamentos realizadas pela Administração Pública;

c) a adoção de exigências específicas para o aviamento de receita médica ou odontológica, relativas à sua forma e à identificação do paciente e do profissional que a prescreve;

d) a apresentação da denominação genérica nas embalagens, rótulos, bulas, prospectos, textos e demais materiais de divulgação e informação médica.

As ações de vigilância sanitária serão gradualmente descentralizadas e transferidas à responsabilidade executiva direta de estados e municípios, com exceção do registro de medicamentos e autorização do funcionamento de empresas, que constituem papéis indelegáveis do gestor federal. Em todos os casos, deverá ser garantida a aplicação das normas existentes e a integração operacional do sistema, em todas as esferas.

3.3 Reorientação da assistência farmacêutica

O modelo de assistência farmacêutica será reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais.

A reorientação do modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, deverá estar fundamentada:

a) na descentralização da gestão;

b) na promoção do uso racional dos medicamentos;

c) na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público;

d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A assistência farmacêutica no SUS, por outro lado, englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação -, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

No tocante aos agravos e doenças cuja transcendência, magnitude e ou vulnerabilidade tenham repercussão na saúde pública, buscar-se-á a contínua atualização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento.

Assim, o processo de descentralização em curso contemplará a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão. Essas responsabilidades ficam,

dessa forma, inseridas na ação governamental, o que deverá assegurar o acesso da população a esses produtos. Para o Ministério da Saúde, a premissa básica será a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais.

O processo de descentralização, no entanto, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais. Essa decisão, adotada por ocasião das programações anuais, deverá ser precedida da análise de critérios técnicos e administrativos.

Inicialmente, a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos de forma centralizada deverá considerar três pressupostos básicos, de ordem epidemiológica, a saber:

a) doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;

b) doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;

c) doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

Após essa análise, a decisão deverá, ainda, observar critérios mais específicos, relativos a aspectos técnicos e administrativos, de que são exemplos:

a) o financiamento da aquisição e da distribuição dos produtos, sobretudo no tocante à disponibilidade de recursos financeiros;

b) o custo-benefício e o custo-efetividade da aquisição e distribuição dos produtos em relação ao conjunto das demandas e necessidades de saúde da população;

c) a repercussão do fornecimento e uso dos produtos sobre a prevalência ou incidência de doenças e agravos relacionados aos medicamentos fornecidos;

d) a necessidade de garantir apresentações de medicamentos, em formas farmacêuticas e dosagens adequadas, considerando a sua utilização por grupos populacionais específicos, como crianças e idosos.

É importante ressaltar que, independente da decisão por centralizar ou descentralizar a aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores. Essa cooperação envolverá a aquisição direta e a transferência de recursos, bem como a orientação e o assessoramento aos processos de aquisição - os quais devem ser efetivados em conformidade com a realidade epidemiológica, visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, priorizando os medicamentos essenciais e os de denominação genérica.

Nesse particular, o gestor federal, especialmente, em articulação com a área econômica, deverá identificar medidas com vistas ao acompanhamento das variações e índices de custo dos medicamentos, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo. Ainda com relação à articulação, a atuação conjunta com o Ministério da Justiça buscará coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos.

Essas decisões e a cooperação técnica referida serão viabilizadas por intermédio da articulação intergestores, concretizada, por exemplo, na instituição de grupo técnico-assessor integrado por representações das três esferas de gestão, responsável, principalmente, pela implementação do modelo de assistência farmacêutica a ser adotado, pactuado e submetido à Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

O Conselho Nacional de Saúde terá papel preponderante nesse processo, tendo em vista o acompanhamento da implementação da Política de Medicamentos, especialmente no tocante ao cumprimento das medidas pactuadas.

3.4 Promoção do uso racional de medicamentos

No que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos, atenção especial será concedida à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes.

Especial ênfase deverá ser dada, também, ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. Promover-se-á, da mesma forma, a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Além disso, terá importante enfoque a adoção de medicamentos genéricos, envolvendo a produção, a comercialização, a prescrição e o uso, mediante ação intersetorial, vez que esta iniciativa ultrapassa os limites do setor saúde, abrangendo outros ministérios e esferas de Governo, além da sociedade e das corporações profissionais. Nesse particular, é importante ressaltar que a farmácia deve ser considerada estabelecimento comercial diferenciado. Portanto, deve estar em absoluta conformidade com as definições constantes da Lei nº 8.080/90, bem como dispor da obrigatória presença do profissional responsável.

O Ministério da Saúde levará à discussão, no âmbito da Cúpula das Américas, uma proposta de utilização dos genéricos visando a consolidação do uso destes medicamentos pelos países da Região.

A propaganda de produtos farmacêuticos, tanto aquela direcionada aos médicos, quanto especialmente a que se destina ao comércio farmacêutico e à população leiga, deverá se enquadrar em todos os preceitos legais vigentes, nas diretrizes éticas emanadas do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos padrões éticos aceitos internacionalmente.

3.5 Desenvolvimento científico e tecnológíco

Será incentivada a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo.

Além disso, deverá ser continuado e expandido o apoio a pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando-se a certificação de suas propriedades medicamentosas.

Igualmente, serão estimuladas medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RENAME, e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País.

Esse processo exigirá uma ação articulada dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, entre outros, bem como a permanente cooperação técnica com organismos e agências internacionais.

A oferta de medicamentos está intrinsecamente relacionada com a pesquisa e o desenvolvimento, os quais, por sua vez, encerram aspectos relativos à estrutura e ao perfil industrial no Brasil, composto por três segmentos de produção: nacional público, nacional privado e de empresas de capital transnacional no setor - este último predominante no País. Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio do órgão responsável pela implementação da Política de Ciência e Tecnologia, estimular uma maior articulação das instituições de pesquisas e das universidades com o setor produtivo, a partir do estabelecimento de prioridades.

Igualmente, deverão ser implementados mecanismos que influenciem na formação e viabilizam o treinamento contínuo dos profissionais no que se refere ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda, a importância de o País dispor de instrumento estratégico para a divulgação dos avanços científicos que, além de expressar o nível de desenvolvimento alcançado, estabeleça os requisitos mínimos das matérias-primas e especialidades.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde deverá promover o processo de revisão permanente da Farmacopéia Brasileira, que constitui mecanismo de fundamental importância para as ações legais de vigilância sanitária e das relações de comércio exterior, tanto de importação, quanto de exportação.

3.6 Promoção da produção de medicamentos

Esforços serão concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAMB, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional).

A capacidade instalada dos laboratórios oficiais - que configura um verdadeiro patrimônio nacional - deverá ser utilizada, preferencialmente, para atender as necessidades de medicamentos essenciais, especialmente os destinados à atenção básica, e estimulada para que supra as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS.

O papel desses laboratórios é especialmente importante no que tange ao domínio tecnológico de processos de produção de medicamentos de interesse em saúde pública. Esses laboratórios deverão, ainda, constituir-se em uma das instâncias favorecedoras do monitoramento de preços no mercado, bem como contribuir para a capacitação dos profissionais.

Com referência aos medicamentos genéricos, o Ministério da Saúde, em ação articulada com os demais ministérios e esferas de Governo, deverá estimular a fabricação desses produtos pelo parque produtor nacional, em face do interesse estratégico para a sociedade brasileira, incluindo, também, a produção das matérias primas e dos insumos necessários para esses medicamentos.

Será também incentivada a produção de medicamentos destinados ao tratamento de patologias cujos resultados tenham impacto sobre a saúde pública ou que são adquiridos em sua quase totalidade pelo setor público.

Nesse sentido, deverão ser identificados e implementados mecanismos que possibilitem a eliminação da dependência, ao Governo Federal, dos laboratórios oficiais, a modernização dos seus sistemas de produção e o alcance de níveis de eficiência e competitividade, particularmente no que concerne aos preços dos produtos.

3.7 Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos

O processo para garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. Essas atividades, coordenadas em âmbito nacional pela Secretaria de Vigilância Sanitária, serão efetivadas mediante ações próprias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no cumprimento dos regulamentos concernentes às boas práticas de fabricação. Essa sistemática permitirá a concretização dos preceitos estabelecidos na Lei nº 8.080/90 e em legislações complementares.

Para o exercício dessas ações, a Secretaria de Vigilância Sanitária implementará e consolidará roteiros de inspeções aplicáveis à área de medicamentos e farmoquímicos. Definirá, desenvolverá e implantará sistemas de informação para o setor, envolvendo os três níveis de gestão, estabelecendo procedimentos e instrumentos de avaliação.

A reestruturação, a unificação e o reconhecimento nacional e internacional da Rede Brasileira de Laboratórios Analítico-Certificadores em Saúde REBLAS, no âmbito do sistema brasileiro de certificação, permitirão aos produtores testemunhar, voluntariamente, a qualidade dos seus produtos colocados no comércio, que são adquiridos pelos serviços de saúde e, ainda, a fiscalização e o acompanhamento da conformidade de medicamentos, farmoquímicos e insumos farmacêuticos.

Será promovida a sistematização do arcabouço legal existente, adequando-o aos princípios e diretrizes constitucionais e legais do SUS, bem como ao estágio atual do processo de descentralização da gestão.

3.8 Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

O contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programa, e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos deverão configurar mecanismos privilegiados de articulação intersetorial de modo a que o setor saúde possa dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade - cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

O componente recursos humanos deverá requerer atenção especial, sobretudo no tocante ao estabelecido pela Lei n° 8.080/90, em seu artigo 14 e parágrafo único, que definem que a formação e a educação continuada contemplarão uma ação intersetorial articulada. A Lei, inclusive, define como mecanismo fundamental a criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de "propor prioridades, métodos e estratégias".

Para o atendimento das necessidades e demandas relativas aos recursos humanos, decorrentes da operacionalização desta Política, o processo de articulação implementado pela Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, do Ministério da Saúde, compreenderá a abordagem de todos os aspectos inerentes às diretrizes aqui fixadas, em especial no que se refere à promoção do uso racional de medicamentos e a produção, comercialização e dispensação dos genéricos, bem como a capacitação em manejo de medicamentos. O trabalho conjunto com o Ministério da Educação e do Desporto, especificamente, deverá ser viabilizado, tendo em vista a indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde, sobretudo no tocante à qualificação nos campos da farmacologia e terapêutica aplicada.

Algumas diretrizes e prioridades contidas no texto desta Política explicitam as necessidades e demandas em termos de recursos humanos. Todavia, o desenvolvimento e a capacitação constituirão ações sistemáticas que permearão todas as medidas, iniciativas, programas e atividades dela decorrentes.

Cabe ressaltar, finalmente, que áreas estratégicas, de que é exemplo relevante a vigilância sanitária, cujas atribuições configuram funções típicas e exclusivas de Estado, serão objeto de enfoque particular, haja vista a crônica carência de pessoal capacitado na área, nas três esferas de gestão do SUS, o que exigirá, por parte dos gestores, estudos e medidas concretas voltadas para a recomposição e ou complementação adequada de quadros de pessoal especializado para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas.

4 PRIORIDADES

As diretrizes apresentadas no capítulo anterior comportam um conjunto de prioridades que configuram as bases para o alcance do propósito desta Política, bem como para a implementação das diferentes ações indispensáveis ao seu efetivo cumprimento.

4. 1. Revisão permanente da RENAME

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME, instrumento básico de racionalização no âmbito do SUS, com atualização contínua, representa medida indispensável haja vista que a seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos. Esse processo, coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, será desenvolvido mediante a participação dos demais órgãos do Ministério, Secretaria de Vigilância Sanitária e Secretaria de Assistência à Saúde e dos gestores estaduais e municipais, responsáveis pela implementação das ações que operacionalizam esta Política e de instituições científicas que atuam na área de medicamentos.

A RENAME será organizada consoante às patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do País. As apresentações dos produtos deverão assegurar as formas farmacêuticas e as dosagens adequadas para a utilização por crianças e idosos.

Cabe ressaltar que, como um dos mecanismos favorecedores da redução de preços dos medicamentos, a RENAME será sistemática e amplamente divulgada.

4.2. Assistência farmacêutica

Em conformidade com as diretrizes relativas à reorientação da assistência farmacêutica anteriormente explicitadas, especialmente no que se refere ao processo de descentralização, as três esferas de Governo assegurarão, nos seus respectivos orçamentos, os recursos para aquisição e distribuição dos medicamentos, de forma direta ou descentralizada.

Nesse contexto, a aquisição de medicamentos será programada pelos estados e municípios de acordo com os critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3 “Diretrizes”, tópico 3.3 deste documento. O gestor federal participa do processo de aquisição dos produtos mediante o repasse Fundo-a-Fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica.

No tocante a essa transferência, atenção especial deverá ser dada aos medicamentos destinados ao atendimento de esquemas terapêuticos continuados, aos que ratificam decisões e compromissos internacionais e àqueles voltados à assistência a pacientes de alto risco, como é o caso dos transplantados e renais crônicos.

A prioridade maior do Ministério da Saúde é a descentralização plena do processo de aquisição e distribuição de medicamentos. No entanto, para que as decisões acerca desse processo possam ser viabilizadas, deverá ser instituído um grupo tripartite, com atribuições específicas, que atuará junto ao setor responsável pela implementação da assistência farmacêutica no Ministério da Saúde.

A aquisição e a distribuição, pelo Ministério, dos produtos componentes da assistência farmacêutica básica serão substituídas pela transferência regular e automática, Fundo-a-Fundo, de recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica. Esses recursos serão utilizados prioritariamente para a aquisição, pelos municípios e sob a coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações.

O gestor estadual deverá coordenar esse processo no âmbito do estado, com a cooperação técnica do gestor federal, de forma a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do município, e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e dispensação.

Atenção especial deverá ser dada, também, a um outro grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços ao SUS e faturados segundo tabela definida pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a Secretaria a de Assistência à Saúde deverá viabilizar um estudo visando a revisão, atualização e ajuste diferenciado dos valores, considerando:

- o tempo decorrido desde o estabelecimento desses valores, quando da definição da composição de cada procedimento integrante da assistência hospitalar e ambulatorial, que levou em conta, naquela ocasião, um valor médio do custo de medicamentos para determinado grupo de patologias;

- o fato dos reajustes que vêm sendo efetivados levarem em conta somente o valor global do procedimento, e não o custo atualizado dos medicamentos vinculados aos mesmos.

O resultado do ajuste procedido deverá seguir o fluxo já estabelecido, ou seja, a pactuação na CIT e a aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

4.3. Promoção do uso racional de medicamentos

A promoção do uso racional de medicamentos envolverá, além da implementação da RENAME, em especial, as medidas a seguir indicadas.

4.3.1. Campanhas educativas

Serão desencadeadas campanhas de caráter educativo, buscando a participação das entidades representativas dos profissionais de saúde, com vistas a estimular o uso racional de medicamentos.

Caberá aos gestores do SUS em conjunto com entidades da sociedade civil organizada, responsabilizar-se por essa iniciativa.

4.3.2. Registro e uso de medicamentos genéricos

A promoção do uso de medicamentos genéricos será progressivamente levada a efeito, respaldada nos seguintes pontos:

a- estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos;

b- estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade;

c- levantamento e utilização da infra-estrutura e da capacidade do País para II realização de estudos de bioequivalência disponível na rede de laboratórios;

d- identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos;

e- estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o Território Nacional.

4.3.3. Formulário Terapêutico Nacional

Deverá ser elaborado e amplamente divulgado o Formulário Terapêutico Nacional, instrumento importante para a orientação da prescrição e dispensação dos medicamentos, por parte dos profissionais de saúde, e para a racionalização do uso destes produtos. O Formulário conterá todas as informações relativas aos medicamentos, inclusive quanto à sua absorção e ação no organismo.

4.3.4. Farmacoepidemiologia e farmacovigilância

As ações de farmacovigilância, além de tratar dos efeitos adversos, serão utilizadas, também, para assegurar o uso racional dos medicamentos. Para tanto, deverão ser desenvolvidos estudos, análises e avaliações decorrentes dessas ações, de modo a reorientar procedimentos relativos a registros, formas de comercialização, prescrição e dispensação dos produtos.

Quanto à farmacoepidemiologia, deverão ser incentivados estudos sobre a utilização de produtor como forma de contribuir para o uso racional de medicamentos.

4.3.5. Recursos humanos

Será estimulado, por intermédio de diferentes mecanismos de articulação intersetorial, o acesso do profissional a conhecimentos e treinamentos voltados ao desenvolvimento de habilidades específicas, como aquelas relacionadas ao gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, guias terapêuticos padronizados e farmacovigilância.

Além disso, buscar-se-é promover a educação continuada dos profissionais de saúde sobre farmacologia e terapêutica aplicada e outros aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos, bem como no manejo dos produtos, além da disseminação de informações objetivas e atualizadas.

4.4. Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos

A Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, será responsável pela coordenação e monitoramento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em articulação com estados e municípios, de forma a estabelecer claramente as medidas que atendam à estratégia da descentralização e o financiamento das ações.

A organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos terá por base a implementação do Sistema referido quanto às questões relativas a medicamentos. Nesse sentido, faz-se necessário desenvolver processo de reestruturação da área de vigilância sanitária na esfera federal, visando, especialmente, a sua revitalização, a flexibilização de procedimentos e a busca por maior consistência técnico-científica no estabelecimento das bases de sua intervenção, o que poderá ser viabilizado, por exemplo, mediante a composição de grupos assessores integrados por representações de diferentes setores, como a academia, os serviços e o setor privado.

Na implementação dessa prioridade, deverão ser considerados, em especial, os aspectos identificados a seguir.

4.4.1. Desenvolvimento e elaboração de procedimentos operacionais sistematizados

Os procedimentos próprios da Vigilância Sanitária serão periodicamente revisados, sistematizados e consolidados em manuais técnico-normativos, roteiros, modelos e instruções de serviço, viabilizando-se, ainda, ampla divulgação. Nesse contexto, aplica-se, inclusive, a revisão dos procedimentos relativos ao registro de medicamentos de marca e similares. A adoção desses instrumentos concorrerá para a equalização e a agilização das atividades e tarefas a serem cumpridas, quer as de natureza técnico-normativa, quer as de caráter administrativo, de que são exemplos: o registro de produtos, as inspeções em linhas de produção, a fiscalização e a farmacovigilância.

4.4.2. Treinamento de pessoal do Sistema de Vigilância Sanitária

O treinamento em serviço recurso efetivo para as mudanças e adequações a serem introduzidas no modelo de atuação da vigilância sanitária - deverá buscar a incorporação:

a- dos recentes avanços tecnológicos do setor, inclusive os da informatização do Sistema de Vigilância Sanitária;

b- da metodologia convalidada de controle e de sistematização dos procedimentos técnicos e operacionais;

c- aos esquemas apropriados de inspeção preventiva em linhas de produção, de serviços e de desembaraço alfandegário sanitário, bem como os de amostragem e coleta de material para o controle de qualidade referencial.

4.4.3. Consolidação do sistema de informação em vigilância sanitária

O aprimoramento do desempenho das ações de vigilância sanitária terá como ponto importante a consolidação do sistema de informação, que deverá compreender, principalmente:

a- produtos registrados, sua composição, indicações principais e formas de comercialização;

b- vigilância de medicamentos (farmacovigilâncla);

c- produtos retirados do mercado e justificativas correspondentes;

d- ensaios clínicos;

e- normas e regulamentos atinentes à determinação do grau de risco de medicamentos e farmoquímicos;

f- registros e regulamentos da qualidade dos produtos de comercialização autorizada e empresas;

g- controle da comercialização e uso de produtos psicotrópicos e entorpecentes, inclusive nas farmácias magistrais;

h- controle da propaganda dos medicamentos de venda livre;

a) regulamentação e controle da propaganda realizada pelos fabricantes de medicamentos junto aos prescritores, de modo a resguardarem-se os padrões éticos.

5. RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GOVERNO NO ÂMBITO DO SUS

No que respeita às funções de Estado, os gestores, em cumprimento aos princípios do SUS, atuarão no sentido de viabilizar o propósito desta Política de Medicamentos, qual seja, o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade aos medicamentos, a promoção. do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

5.1. Articulação intersetorial

Caberá, no tocante à implementação desta Política, uma atuação que transcende os limites do setor saúde, conforme já referido anteriormente, voltado para a articulação intersetorial, sobretudo com as áreas envolvidas na questão medicamentos, que deverá ser efetivada nas diferentes instâncias do SUS.

No âmbito federal, de forma específica, a articulação promovida pelo Ministério da Saúde ocorrerá com várias instituições e organizações, conforme exemplificado a seguir.

a) Ministério da Justiça

A articulação com esse Ministério terá por finalidade efetivar medidas no sentido de coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos, com base nas Leis Antitruste, da Livre Concorrência e de Defesa do Consumidor.

b) Ministérios da área econômica

A articulação com os ministérios da área econômica estará voltada para o acompanhamento das variações dos índices de custo dos medicamentos essenciais, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo, no sentido de preservar a capacidade de aquisição dos produtos, por parte da população, de forma direta ou indireta (subsídio governamental, seguro de saúde).

Deverá, além disso, buscar o encaminhamento das questões relativas ao financiamento das ações inseridas na operacionalização desta Política e que incluam, nos termos da lei, as respectivas participações dos governos estaduais e municipais.

c) Ministério da Educação e do Desporto

A articulação com esse Ministério visará o desenvolvimento de ações, junto aos professores, pais e alunos, relativas ao uso correto dos medicamentos, bem como a reorientação dos currículos de formação dos profissionais de saúde.

d) Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Ciência e Tecnologia e agências internacionais

A articulação do Ministério da Saúde com essas instituições buscará o estabelecimento de mecanismos e compromissos que viabilizem o fomento à cooperação técnica, científica e tecnológica.

5.2. Gestor federal

Caberá ao Ministério da Saúde, fundamentalmente, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Medicamentos, ressaltando-se como responsabilidades:

a) prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos;

b) estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de Governo;

c) apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

d) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

e) incentivar a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;

f) promover a dinamização de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico;

g) promover a disseminação de experiências e de informações técnico-científicas;

h) implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento desta Política;

i) coordenar e monitorar os sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

j) promover a reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária, dotando-a das condições necessárias ao cumprimento das responsabilidades do gestor federal, especialmente no tocante à garantia da segurança e qualidade dos medicamentos;

k) promover a sistematização do arcabouço legal da vigilância sanitária, adequando-o aos princípios e diretrizes do SUS e ao atual momento da descentralização da gestão;

l) promover a atualização da legislação de vigilância sanitária;

m) implementar atividades de controle da qualidade de medicamentos;

n) promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e a sua divulgação, inclusive via Internet;

o) promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;

p) promover a atualização permanente da Farmacopéia Brasileira;

q) acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos, em especial daqueles constantes da RENAME;

r) destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo;

s) criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;

t) promover a revisão, atualização e ajuste diferenciado do grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela;

u) adquirir e distribuir produtos em situações especiais, identificadas por ocasião das programações tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, "Diretrizes", tópico 3.3. deste documento;

v) orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

x) orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.

5.3. Gestor estadual

Conforme disciplinado na Lei nº 8.080/90, cabe à direção estadual do SUS, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

Nesse sentido, constituem responsabilidades da esfera estadual:

a) coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta Política;

b) promover a formulação da política estadual de medicamentos;

c) prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica;

d) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu âmbito;

e) apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

f) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

g) assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;

h) participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulações farmacêuticas;

i) investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da assistência farmacêutica;

j) coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

k) implementar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;

l) definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;

m) definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, "Diretrizes" , tópico 3.3. deste documento e destinando orçamento adequado à sua aquisição;

n) utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;

o) investir em infra-estrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;

p) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda; .

q) orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

r) coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais.

5.4. Gestor municipal

No âmbito municipal, caberá à Secretaria de Saúde ou ao organismo correspondente as seguintes responsabilidades:

a) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;

b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;

c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

d) treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;

e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

f) implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;

g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;

h) definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;

i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;

j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;

k) utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;

l) investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;

m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O propósito desta Política Nacional de Medicamentos será objeto de contínua avaliação, mediante metodologias e indicadores definidos em projeto específico, a ser formulado pela Secretaria de Políticas de Saúde, a quem cabe, também, a responsabilidade da implementação do processo de elaboração ou reorientação de programas, projetos e atividades, de modo a adequá-los às diretrizes e prioridades aqui fixadas.

A principal finalidade da avaliação será conhecer a repercussão da Política de Medicamentos na saúde da população, dentro de uma visão sistêmica e intersetorial, verificando, também, em que medida estão sendo consolidados

os princípios e diretrizes do SUS.

Com isso, para além do enfoque meramente operacional, verificar-se-á como estão sendo considerados e consolidados os princípios acima referidos, constantes na Lei nº 8.080/90, de que são exemplos, entre outros:

a) “a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;"

b) "a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;"

c) "a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo."

Além disso, buscar-se-á avaliar resultados e impactos da Política de Medicamentos em termos, por exemplo, de eficiência, cobertura e qualidade. Para essa avaliação, deverão ser definidos parâmetros e indicadores que serão periodicamente monitorados, cujos resultados orientarão a adoção das medidas corretivas necessárias, tanto em relação às linhas gerais da própria Política quanto em termos de redirecionamento de ações a ela vinculadas, tais como a farmácia básica.

Os resultados auferidos pelos programas, projetos e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos, os quais estão sob a responsabilidade de diferentes órgãos do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, constituirão, na verdade, os principais insumos básicos para o processo de acompanhamento e avaliação desta Política. A sistematização desses resultados e sua divulgação serão, da mesma forma, de responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde.

A Secretaria, por outro lado, deverá apoiar os órgãos do Ministério e as demais instâncias do SUS na identificação e aferição de metodologias e indicadores capazes de mensurar a efetividade e a eficiência de componentes-chave de cada uma das prioridades aqui definidas, incluindo-se aqueles preconizados pela Organização Mundial da Saúde.

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política implicará, necessariamente, não só o envolvimento dos órgãos do Sistema e dos outros setores aqui identificados, como, também, diferentes segmentos da sociedade que direta ou indiretamente lidam com a questão medicamentos.

7. TERMINOLOGIA

1. Assistência ambulatorial	Conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde.
2. Assistência farmacêutica	Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade.Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente, da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.
3. Automedicação	Uso de medicamentos sem a prescrição, orientação e ou acompanhamento do médico ou dentista.
4. Biodisponibilidade	Medida da quantidade de medicamento, contida em uma fórmula farmacêutica, que chega à circulação sistêmica e da velocidade na qual ocorre esse processo.A biodisponibilidade se expressa em relação à administração intravenosa do princípio ativo (biodisponibilidade absoluta) ou a administração, por via oral, de um produto de referência (biodisponibilidade relativa ou comparativa).A biodisponibilidade de um medicamento não deve ser confundida com a fração biodisponível, a menos que se refira à biodisponibilidade absoluta.
5. Bioequivalência	Condição que se dá entre dois produtos farmacêuticos que são equivalentes farmacêuticos e que mostram uma mesma ou similar biodisponibilidade segundo uma série de critérios. Para tanto, dois produtos farmacêuticos devem considerar-se como equivalentes terapêuticos.
6. Centrais farmacêuticas	Almoxarifados centrais de medicamentos, geralmente na esfera estadual, onde é feita a estocagem e produção para hospitais, ambulatórios e postos de saúde.
7. Dispensação	É o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento.São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.
8. Doenças crônico degenerativas	Doenças que apresentam evolução de longa duração, acompanhada de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano.
9. Doenças prevalentes	Doenças com maior número de casos existentes em função da população de uma região geográfica determinada.
10. Eficácia do medicamento	A capacidade de o medicamento atingir o efeito terapêutico visado.
11. Equivalência in vitro	Condições em que dois ou mais medicamentos, ou fármacos, exercem o mesmo efeito farmacológico, quantitativamente em cultivos de células.
	Qualquer pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta

12. Ensaios clínicos	ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.
13. Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)	São aqueles relacionados com comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes; complementarmente, tem-se os estudos de farmacovigilância e os ensaios clínicos.
14. Expectativa de vida ao nascer	É o tempo que seria esperado para um recém-nascido poder viver, em média.
15. Farmácias magistrais	Farmácias autorizadas a manipular medicamentos, inclusive o que contém psicotrópicos ou entorpecentes, cuja atividade requer autorização especial de funcionamento expedido pelo órgão competente do Ministério da Saúde.
16. Farmacopéia brasileira	Conjunto de normas e monografias de farmoquímicos, estabelecido por e para um país.
17. Fármacos	Substância química que é o princípio ativo do medicamento.
18. Farmacoepidemiologia	Aplicação do método e raciocínio epidemiológico no estudo dos efeitos – benéficos ou adversos – e do uso de medicamentos em populações humanas.
19. Farmacoterapia	A aplicação dos medicamentos na prevenção ou tratamento de doenças.
20. Farmacovigilância	Identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, do risco do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos.
21. Farmoquímicos	Todas as substâncias ativas ou inativas que são empregadas na fabricação de produtos farmacêuticos
22. Forma de comercialização	Forma na qual o medicamento é vendido: supositório, comprimido, cápsulas.
23. Formulação farmacêutica	Relação quantitativa de farmoquímicos que compõem um medicamento.
24. Formulário terapêutico nacional	Documento que reúne os medicamentos disponíveis em um país e que apresenta informações farmacológicas destinadas a promover o uso efetivo, seguro e econômico destes produtos.
25. Guias terapêuticos padronizados	Coleção de roteiros terapêuticos preconizados para doenças diversas.
26. Hemoderivados	Medicamentos produzidos a partir do sangue humano ou de suas frações.
27. Indicadores demográficos	Representação dos aspectos não sujeitos à observação direta relativa a dados populacionais.
28. Insumos farmacêuticos	Qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento.
29. Lei antitruste	Regra de direito destinada a evitar que várias empresas se associem e, assim, passem a constituir uma única, acarretando o monopólio de produtos e ou de mercado.
30. Medicamento	Produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.
31. Medicamentos de dispensação em caráter excepcional	Medicamentos utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos.
32. Medicamentos de uso contínuo	São aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente.
33. Medicamentos essenciais	São os medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população.
34. Medicamentos genéricos	São aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominações Comuns

	Brasileiras ou DCB).
35. Medicamentos de interesse em saúde pública	São aqueles utilizados no controle de doenças, que, em determinada comunidade, tem magnitude, transcendência ou vulnerabilidade relevante e cuja estratégias básica de combate é o tratamento dos doentes.
36. Medicamentos para a atenção básica	Produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde.
37. Medicamentos tarjados	São os medicamentos cujo uso requer a prescrição do médico ou dentista e que apresentam, em sua embalagem tarja (vermelha ou preta) indicativa desta necessidade.
38. Medicamentos de venda livre	São aqueles cuja dispensação não requerem autorização, ou seja, receita expedida por profissional.
39. Módulo-padrão de suprimento	Elenco de medicamentos repassado por um nível de gestão a outro para abastecer os serviços de saúde compreendidos no sistema estadual ou municipal.
40. Morbimortalidade	Impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população,
41. Perfil epidemiológico	Estado de saúde de uma determinada comunidade.
42. Perfil nosológico	Conjunto de doenças prevalentes e ou incidentes em uma determinada comunidade.
43. Piso da Atenção Básica (PAB)	Montante de recursos financeiros, da esfera federal, destinado ao custeio de procedimentos e ações compreendidos na atenção básica.
44. Prescrição	Ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica.
45. Prescritores	Profissionais de saúde credenciados para definir o medicamento a ser usado (médico ou dentista).
46. Produtos psicotrópicos	Substâncias que afetam os processos mentais e podem produzir dependência.
47. Propaganda de produtos farmacêuticos	É a divulgação do medicamento promovida pela indústria, com ênfase na marca, e realizada junto aos prescritores, comércio farmacêutico e população leiga.
48. Protocolos de intervenção farmacêutica	Roteiros de indicação e prescrição, graduados de acordo com as variações e a gravidade de cada afecção.
49. Registro de medicamentos	Ato privativo ao órgão competente do Ministério da Saúde destinado a conceder o direito de fabricação do produto.
50. Uso racional de medicamentos	É o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

ANEXO 2 DO ANEXO XXVII

Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Anexo 1)

DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS

1.INTRODUÇÃO

Tomando como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, foram concebidas diretrizes e relacionadas estratégias, objetivando organizar, fortalecer e aprimorar as ações da assistência farmacêutica em hospitais, tendo como eixos estruturantes, a segurança e a promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde.

O gerenciamento inadequado e o uso incorreto de medicamentos e de outras tecnologias em saúde acarretam sérios problemas à sociedade, ao SUS, e às instituições privadas (hospitais, clínicas, operadoras de planos de saúde, entre outros), gerando aumento da morbimortalidade, elevação dos custos diretos e indiretos, e prejuízos à segurança e à qualidade de vida dos usuários. Estas diretrizes reúnem elementos necessários à efetiva implementação de ações

capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população, otimizando resultados clínicos, econômicos e aqueles relacionados à qualidade de vida dos usuários.

A elaboração deste conjunto de diretrizes e estratégias foi fruto de amplo processo de discussão participativa, entre gestores do Sistema Único de Saúde - SUS (MS, CONASS e CONASEMS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR).

2. ABRANGÊNCIA

Estas diretrizes e estratégias são aplicáveis às farmácias em hospitais que integram o serviço público, da administração direta e indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de entidades privadas com ou sem fins lucrativos e filantrópicos.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Farmácia hospitalar: é a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

3.2. Tecnologias em saúde: Conjunto de equipamentos, de medicamentos, de insumos e de procedimentos, utilizados na prestação de serviços de saúde, bem como das técnicas de infraestrutura desses serviços e de sua organização. Para efeito desta norma será dada ênfase a medicamentos, produtos para saúde (exceto equipamentos médico-assistenciais), produtos de higiene e saneantes.

3.3. Plano de contingência: plano que descreve as medidas a serem tomadas, em momento de risco, por um estabelecimento de saúde, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer em que os processos vitais voltem a funcionar plenamente, ou num estado minimamente aceitável, o mais rapidamente possível, evitando paralisação prolongada que possa gerar danos aos pacientes ou prejuízos financeiros à instituição.

3.4. Gerenciamento de risco: aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de risco.

3.5. Assistência Farmacêutica: trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectivas da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

4. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a serviços farmacêuticos de qualidade em hospitais, ficam estabelecidas as seguintes diretrizes:

4.1. Gestão;

4.2. Desenvolvimento de ações inseridas na atenção integral à saúde:

Gerenciamento de tecnologias: distribuição, dispensação e controle de medicamentos e de outros produtos para a saúde;

Manipulação: manipulação magistral e oficinal; preparo de doses unitárias e unitarização de doses de medicamentos; manipulação de nutrição parenteral e manipulação de antineoplásicos e radiofármacos; e

Cuidado ao paciente.

4.3. Infraestrutura física, tecnológica e gestão da informação;

4.4. Recursos humanos;

4.5. Informação sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde; e

4.6. Ensino, pesquisa e educação permanente em saúde.

4.1. GESTÃO

São objetivos principais da gestão da farmácia hospitalar: garantir o abastecimento, dispensação, acesso, controle, rastreabilidade e uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde; assegurar o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais que permitam monitorar a utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde; otimizar a relação entre custo, benefício e risco das tecnologias e processos assistenciais; desenvolver ações de assistência farmacêutica, articuladas e sincronizadas com as diretrizes institucionais; e participar ativamente do aperfeiçoamento contínuo das práticas da equipe de saúde;

Para o adequado desempenho das atividades da farmácia hospitalar, sugere-se aos hospitais que: (i) provenham estrutura organizacional e infraestrutura física que viabilizem as suas ações, com qualidade, utilizando modelo de gestão sistêmico, integrado e coerente, pautado nas bases da moderna administração, influenciando na qualidade, resolutividade, e custo da assistência, com reflexos positivos para o usuário, estabelecimentos e sistema de saúde, devidamente aferidos por indicadores; (ii) considerem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente, bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde como referência, para a seleção de medicamentos; (iii) promovam programa de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares; (iv) incluam a farmácia hospitalar no plano de contingência do estabelecimento; e (v) habilitem a efetiva participação do farmacêutico, de acordo com a complexidade do estabelecimento, nas Comissões existentes, tais como: Farmácia e

Terapêutica, Comissão Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e outras que tenham interface com a assistência farmacêutica hospitalar

Para o acompanhamento das principais atividades da farmácia em hospitais, recomenda-se a adoção de indicadores de gestão, logísticos, de assistência ao paciente e de educação.

4.2. DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INSERIDAS NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Dentro da visão da integralidade do cuidado, a farmácia hospitalar, além das atividades logísticas tradicionais, deve desenvolver ações assistenciais e técnico-científicas, contribuindo para a qualidade e racionalidade do processo de utilização dos medicamentos e de outros produtos para a saúde e para a humanização da atenção ao usuário. Esta atividade deve ser desenvolvida, preferencialmente, no contexto multidisciplinar, privilegiando a interação direta com os usuários.

As ações do farmacêutico hospitalar devem ser registradas de modo a contribuírem para a avaliação do impacto dessas ações na promoção do uso seguro e racional de medicamentos e de outros produtos para a saúde.

O elenco de atividades farmacêuticas ofertadas depende da complexidade dos hospitais, bem como da disponibilidade de tecnologia e recursos humanos.

Entre as atividades que podem ser desenvolvidas destacam-se:

A) GERENCIAMENTO DE TECNOLOGIAS: A farmácia hospitalar deve participar do gerenciamento de tecnologias, englobando a qualificação de fornecedores, armazenamento, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos, outros produtos para a saúde, produtos de higiene e saneantes usados pelos pacientes, em atendimento pré-hospitalar, pré-hospitalar de urgência e emergência, hospitalar (internamento e ambulatorial) e domiciliar, bem como pelo fracionamento e preparo de medicamentos. As políticas e procedimentos que regulam essas atividades devem ser estabelecidos com a participação da equipe multiprofissional e comissões assessoras.

B) DISTRIBUIÇÃO E DISPENSAÇÃO: A implantação de um sistema racional de distribuição de medicamentos e de outros produtos para a saúde deve ser priorizada pelo estabelecimento de saúde e pelo farmacêutico, de forma a buscar processos que garantam a segurança do paciente, a orientação necessária ao uso racional do medicamento, sendo recomendada a adoção do sistema individual ou unitário de dispensação. No contexto da segurança, a avaliação farmacêutica das prescrições, deve priorizar aquelas que contenham antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos, observando concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação. Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ao atendimento da mesma, ou à manipulação da formulação prescrita, observando a aplicação dos fatores de conversão, correção e equvalência, quando aplicável, sendo apostos e assinado pelo farmacêutico.

Para promover o Uso Racional de Medicamentos e ampliar a adesão ao tratamento o estabelecimento, em conformidade com a complexidade das ações desenvolvidas, deve dispor de local para o atendimento individualizado e humanizado ao paciente em tratamento ambulatorial e/ou em alta hospitalar.

C) MANIPULAÇÃO

C.1) MANIPULAÇÃO MAGISTRAL E OFICINAL: A manipulação magistral e oficinal permite a personalização da terapêutica, utilização de sistemas seguros de dispensação de medicamentos (individual ou unitário), a racionalização de custos, sendo recomendada, sempre que necessária a sua utilização em hospitais, em sintonia com os dispositivos legais que regulam a matéria.

C.2) PREPARO DE DOSES UNITÁRIAS E UNITARIZAÇÃO DE DOSES DE MEDICAMENTOS: A unitarização de doses e o preparo de doses unitárias de medicamentos compreendem o fracionamento, a subdivisão e a transformação de formas farmacêuticas. O preparo de doses unitárias e a unitarização de doses contribui para a redução de custos, devendo ser garantida a rastreabilidade, por meio de procedimentos definidos e registro. Deve existir plano de prevenção de trocas ou misturas de medicamentos em atendimento à legislação vigente.

C.3) MANIPULAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL: A manipulação de nutrição parenteral realizada em hospitais compreende operações inerentes a preparação (avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e orientações para o transporte). A equipe multiprofissional de terapia nutricional deve realizar a monitorização do uso da nutrição parenteral mantendo registro sistematizado das suas ações e intervenções.

C.4) MANIPULAÇÃO DE ANTINEOPLÁSICOS E RADIOFÁRMACOS: A manipulação de antineoplásicos e radiofármacos realizada em hospitais requer a análise das prescrições previamente à manipulação, a verificação do disposto nos protocolos clínicos, e a observação das doses máximas diárias e cumulativas, com foco na biossegurança e uso seguro pelo paciente.

No desenvolvimento destas atividades o farmacêutico deverá antes da realização da manipulação, sanar todas as dúvidas, diretamente com o prescritor, mantendo registro sistematizado das análises realizadas, problemas identificados e intervenções; monitorar os pacientes em uso destes medicamentos e notificar queixas técnicas e eventos adversos.

D) CUIDADO AO PACIENTE: O cuidado ao paciente objetiva contribuir para a promoção da atenção integral à saúde, à humanização do cuidado e à efetividade da intervenção terapêutica. Promove, também, o uso seguro e racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde e reduz custos decorrentes do uso irracional do arsenal terapêutico e do prolongamento da hospitalização. Tem por função retroalimentar os demais membros da equipe de saúde com informações que subsidiem as condutas. A atividade do farmacêutico no cuidado ao paciente pressupõe o acesso a ele e seus familiares, ao prontuário, resultados de exames e demais informações, incluindo o diálogo com a equipe que assiste o paciente.

O farmacêutico deve registrar as informações relevantes para a tomada de decisão da equipe multiprofissional, bem como sugestões de conduta no manejo da farmacoterapia, assinando as anotações apostas.

Os hospitais devem adotar práticas seguras baseadas na legislação vigente, em recomendações governamentais, e em recomendações de entidades científicas e afins, nacionais e internacionais.

4.3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO, INFRAESTRUTURA FÍSICA E TECNOLÓGICA: A gestão da informação reveste-se de fundamental importância no desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, devendo-se empreender esforços para possibilitar a sua realização.

A infraestrutura física e tecnológica é entendida como a base necessária ao pleno desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, sendo um fator determinante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, devendo ser mantidas em condições adequadas de funcionamento e segurança. A infraestrutura física para a realização das atividades farmacêuticas deve ser compatível com as atividades desenvolvidas, atendendo às normas vigentes.

A localização da farmácia deve facilitar o abastecimento e a provisão de insumos e serviços aos pacientes, devendo contar com meios de transporte internos e externos adequados, em quantidade e qualidade à atividade, de forma a preservar a integridade dos medicamentos e demais produtos para a saúde, bem como a saúde dos trabalhadores.

4.4. RECURSOS HUMANOS: A farmácia em hospitais deve contar com farmacêuticos e auxiliares, necessários ao pleno desenvolvimento de suas atividades, considerando a complexidade do hospital, os serviços ofertados, o grau de informatização e mecanização, o horário de funcionamento, a segurança para o trabalhador e usuários.

A responsabilidade técnica da farmácia hospitalar é atribuição do farmacêutico, inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição, nos termos da legislação vigente. A farmácia hospitalar deve promover ações de educação permanente dos profissionais que atuam no hospital, nos temas que envolvam as atividades por elas desenvolvidas.

Os hospitais devem direcionar esforços para o fortalecimento dos recursos humanos da farmácia hospitalar, com foco na adoção de práticas seguras na assistência e cuidados de saúde, bem como propiciar a realização de ações de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares.

ANEXO XXVIII

Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Origem: PRT MS/GM 1653/2004)

TÍTULO I

DO ASSESSORAMENTO TÉCNICO PARA PACTUAÇÃO

CAPÍTULO I

DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS BASES DAS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS, DAQUELES DESTINADOS À ATENÇÃO BÁSICA, BEM COMO DAS AÇÕES INERENTES À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 1º Fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases das possíves pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos essenciais e daqueles destinados à atenção básica, bem como das ações inerentes de assistência farmacêutica, assim como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º)

I - analisar, negociar e sugerir ao Ministro da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; e (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º, I)

II - coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados e aos municípios visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população atendida pelo Programa referido no art. 1º, bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º, II)

Art. 2º A Câmara Técnica terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante do Gabinete do Ministro (GM), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, V)

CAPÍTULO II

DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AO SUPRIMENTO DE MEDICAMENTOS INTEGRANTES DO PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

Art. 3º Fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases da possíveis pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos integrantes do Programa de Medicamentos Estratégicos, às ações inerentes de assistência farmacêutica, bem como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º)

I - analisar, negociar e sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, I)

II - definir os critérios para inclusão ou exclusão de medicamentos no Programa referido no art. 3º, bem como os respectivos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, quando for o caso; e (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, II)

III - coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população

atendida pelo Programa referido no art. 3º, bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, III)

Art. 4º A Câmara Técnica referida terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante do Gabinete do Ministro (GM), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, V)

CAPÍTULO III
DO COMITÊ NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Art. 5º Fica instituído o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 1º)

Art. 6º O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos possui caráter consultivo e tem por finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 2º)

Art. 7º Compete ao Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º)

I - identificar e propor estratégias e mecanismos de articulação, monitoramento e avaliação direcionados à promoção do uso racional de medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, I)

II - propor diretrizes e estratégias nacionais para a promoção do uso racional de medicamentos, em consonância com as políticas nacionais de medicamentos, de assistência farmacêutica e legislação afim; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, II)

III - identificar e propor estratégias que requeiram a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, III)

IV - contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, IV)

V - propor o aprimoramento de marcos regulatórios e de vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, V)

VI - propor diretrizes e colaborar com a consolidação das ações de farmacovigilância no âmbito da Assistência Farmacêutica e do SNVS; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VI)

VII - propor o Plano de Capacitação de Profissionais de Saúde para o Uso Racional de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VII)

VIII - promover a integração e a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, em território nacional cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VIII)

IX - propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimentos científico, tecnológico e profissional relacionados ao uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, IX)

X - propor o estabelecimento e a articulação de redes colaborativas existentes no país e no exterior relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos, bem como a sua integração e cooperação; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, X)

XI - propor a criação e a implementação de comitês estaduais, distrital, regionais e municipais para a promoção do uso racional de medicamentos, observadas as regras de pactuação e decisão no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XI)

XII - instituir grupos de trabalho para execução de atividades específicas relacionadas ao cumprimento das finalidades do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XII)

XIII - elaborar anualmente o edital do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos "Lenita Wannmacher"; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XIII)

XIV - organizar, a cada 2 (dois) anos, o Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XIV)

XV - elaborar anualmente o Planejamento de Ações do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XV)

XVI - atualizar seu endereço eletrônico na internet, integrante do Portal da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço http://portal.saude.gov.br; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XVI)

XVII - elaborar documentos técnicos e informativos para divulgação ao público externo. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XVII)

Art. 8º O Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos é composto por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I)

a) 1 (um) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, a)

b) 1 (um) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, b)

c) 1 (um) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, c)

d) 1 (um) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, d)

e) 1 (um) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, e)

f) 1 (um) da Secretaria-Executiva (SE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, f)

g) 1 (um) da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, g)

II - 1 (um) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, II)

III - 1 (um) do Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, III)

IV - 1 (um) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, IV)

V - 1 (um) do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, V)

VI - 1 (um) da Federação Nacional dos Médicos (FENAM); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VI)

VII - 1 (um) do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VII)

VIII - 1 (um) do Conselho Federal de Farmácia (CFF); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VIII)

IX - 1 (um) do Conselho Federal de Odontologia (CFO); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, IX)

X - 1 (um) da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, X)

XI - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, XI)

XII - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, XII)

§ 1º A coordenação do Comitê Nacional será realizada de forma conjunta pela SCTIE/MS, por meio do DAF/SCTIE/MS, e pela ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Para cada membro titular será indicado o seu respectivo suplente. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º A participação dos órgãos e entidades de que tratam os incisos III a XII do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do Comitê, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 3º)

§ 4º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Nacional no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de publicação da Portaria nº 834/GM/MS, de 14 de maio de 2013. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 4º)

§ 5º A designação dos membros indicados pelos órgãos e entidades no Comitê Nacional será feita por meio de ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 5º)

§ 6º O Comitê Nacional poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às atividades do Comitê, quando entender necessário para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 6º)

§ 7º A Secretaria-Executiva do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos será exercida pelo DAF/SCTIE/MS, que fornecerá os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 7º)

Art. 9º O Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos exercerá suas atividades por meio de Plano de Ação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. O Plano de Ação conterá, no mínimo, objetivos e ações e será avaliado e atualizado, no máximo, a cada 2 (dois) anos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 10. Compete à coordenação do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º)

I - coordenar as reuniões e as atividades do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, I)

II - propor o cronograma de suas reuniões ordinárias; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar a implementação do Plano de Ação e o desenvolvimento das ações propostas e das demais atividades do Comitê, além de propor adequações quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, III)

IV - submeter as propostas e recomendações do Comitê à apreciação e à aprovação dos dirigentes máximos dos órgãos e entidades que o compõem; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, IV)

V - requerer os apoios técnico e administrativo da Secretaria Executiva do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, V)

VI - elaborar e sugerir adequações a este Capítulo; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, VI)

VII - representar institucionalmente o Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, VII)

Art. 11. Compete à Secretaria Executiva do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º)

I - apoiar as atividades do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, I)

II - executar ações resultantes das proposições e recomendações do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, II)

III - convocar reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê Nacional; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, III)

IV - organizar reuniões ou eventos técnico-científicos inerentes às atividades do Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, IV)

Art. 12. Os membros exercerão a representação no âmbito do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos por um período de 2 (dois) anos, sendo permitida sua recondução a critério do órgão ou entidade de origem. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 8º)

Parágrafo Único. Os membros poderão, a qualquer tempo, solicitar seu desligamento do Comitê Nacional por meio de ofício destinado à Secretaria Executiva, de forma fundamentada, cabendo ao órgão ou à entidade representada indicar imediatamente novo representante para término do período restante de representação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 13. O Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos terá 4 (quatro) reuniões ordinárias anualmente e reuniões extraordinárias a critério da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 9º)

Art. 14. As reuniões serão realizadas preferencialmente na sede do Ministério da Saúde, em Brasília/DF. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 10)

Art. 15. Ao convocar as reuniões do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, a Secretaria Executiva do Comitê encaminhará em conjunto a pauta da respectiva reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11)

§ 1º As reuniões ordinárias serão convocadas, no mínimo, com 2 (duas) semanas de antecedência. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 10 (dias) dias de antecedência. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 16. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas somente com a presença de, no mínimo, um terço do total de membros do Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 12)

Art. 17. Os representantes suplentes poderão participar das reuniões do Comitê Nacional com direito a voz, somente tendo direito a voto na ausência do respectivo membro titular. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. Caso o órgão ou entidade queira enviar para uma mesma reunião do Comitê Nacional os seus dois representantes, titular e suplente, então deverá custear as despesas de um dos membros. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 18. Os membros do Comitê Nacional participarão das reuniões com obediência às disposições constantes neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 14)

Art. 19. A falta injustificada em 2 (duas) reuniões no período de 1 (um) ano pelo membro titular e/ou, em caso de ausência do titular, pelo suplente acarretará a necessidade de indicação de novo representante por parte do respectivo órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 15)

Art. 20. A SCTIE/MS e a ANVISA se responsabilizarão pelo custeio das passagens e diárias dos representantes titulares do Comitê Nacional de Promoção para Uso Racional de Medicamentos que sejam não residentes em Brasília (DF) ou que não estejam no exercício regular de suas atividades no órgão ou entidade representada em Brasília (DF). (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 16)

Parágrafo Único. Aplica-se o disposto no "caput" aos representantes suplentes na impossibilidade de presença do respectivo membro titular. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Art. 21. Caso previamente aprovada pelo Comitê Nacional, a divulgação dos atos oriundos do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos será efetivada pela Secretaria Executiva. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 17)

Art. 22. As atas de reunião do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos serão por ele aprovadas ao final da respectiva reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 18)

Art. 23. Os órgãos e entidades que compõem o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos atuarão em conformidade com as finalidades institucionais do Comitê, inclusive mediante cumprimento de ações, tarefas e atividades inerentes à promoção do uso racional de medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 19)

Art. 24. As proposições discutidas no âmbito do Comitê Nacional somente constituirão recomendações se aprovadas por consenso pelos representantes dos órgãos e entidades presentes na reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 20)

Art. 25. Quando entender conveniente e oportuno, o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos poderá encaminhar recomendações ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21)

§ 1º As recomendações do Comitê Nacional serão expressas na forma de resoluções e submetidas à aprovação do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21, § 1º)

§ 2º Sem prejuízo do disposto no "caput", o Comitê também poderá encaminhar recomendações a outros órgãos e entidades, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21, § 2º)

Art. 26. A utilização de dados e resultados obtidos das ações e atividades executadas pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos depende de prévia autorização do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 22)

Art. 27. Ao final de cada ano, a Secretaria Executiva apresentará relatório das ações e atividades executadas e monitoradas pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, além dos respectivos resultados obtidos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 23)

Art. 28. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 24)

Art. 29. Os casos omissos, dúvidas e assuntos técnicos pertinentes à promoção do uso racional de medicamentos serão submetidos ao Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 25)

TÍTULO II
DA POSSIBILIDADE DOS ENTES FEDERATIVOS AMPLIAREM O ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 30. Este Título dispõe sobre os §1º e §2º do art. 28 do Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011, que versam sobre a possibilidade dos entes federativos ampliarem o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública a justifiquem, e a competência do Ministério da Saúde de estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado. (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 1º)

Art. 31. Para os fins do disposto no art. 30, poderão ser aceitas documentações oriundas de serviços privados de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desde que respeitadas as regulamentações dos Componentes da Assistência Farmacêutica definidas pelo SUS e as pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 2º)

Art. 32. Para os fins do disposto no art. 30, as documentações oriundas de serviços privados de saúde também serão aceitas no caso de dispensação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 3º)

TÍTULO III
DAS NORMAS DE FINANCIAMENTO E DE EXECUÇÃO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO I)

Art. 33. Este Título dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 1º)

Art. 34. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 2º)

CAPÍTULO II
DAS RESPONSABILIDADES EXECUTIVAS
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO III)

Art. 35. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 36. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da RENAME vigente, sendo a sua distribuição realizada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º)

I - entrega direta ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, I)

II - nas hipóteses que não se enquadrarem nos termos do inciso I do "caput", entrega às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição aos demais Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, II)

Art. 37. Os quantitativos dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml de que tratam os arts. 35 e 36 do Anexo XXVIII serão estabelecidos conforme os parâmetros técnicos definidos pelo Ministério da Saúde e a programação anual e as atualizações de demandas encaminhadas ao Ministério da Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde com base de cálculo nas necessidades dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 7º)

Art. 37-A Para fins do disposto neste Capítulo, os Dispositivos Intrauterinos Tcu 380 (DIU de cobre) poderão ser disponibilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios às maternidades integrantes do SUS, para anticoncepção pós-parto (APP) ou pós-abortamento (APA) imediatas. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 1º A APP ou APA imediata deverá ocorrer no período entre 10 (dez) minutos a 48 (quarenta e oito) horas que sucederem o parto ou abortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 2º Para a APP, deve-se respeitar a 1ª hora de contato pele a pele mãe-bebê e início da amamentação. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 3º A APP e a APA deverão ser implementadas por meio de ações que assegurem os direitos sexuais e reprodutivos, tais como: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

I - aconselhamento focado na autonomia e garantia do direito ao exercício livre e seguro da sexualidade e à escolha quanto à opção e ao momento de engravidar, realizado na atenção básica e também nos momentos de internação hospitalar para o parto e para a atenção ao abortamento em todos os ciclos de vida, incluindo adolescentes; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

II - disponibilização da inserção do DIU de cobre de acordo com critérios de elegibilidade nos estabelecimentos hospitalares de saúde públicos e rede conveniada ao SUS com serviço de obstetrícia, imediatamente no pós-parto e pós-abortamento; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

III - acompanhamento pelas equipes da atenção básica e especializada, com esclarecimentos de dúvidas, manejo de efeitos adversos e atendimento a complicações, ajuste ou troca do método, entre outras ações que sejam necessárias. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 4º A implantação do DIU de cobre no pós-parto (APP) e pós-abortamento (APA) imediato são estratégias complementares e compartilhadas das ações de planejamento reprodutivo da atenção básica. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 5º As maternidades que contarem com atenção ambulatorial devem também ofertar a inserção do DIU de intervalo, assim considerado aquele inserido fora do período de pós-parto e pósabortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 6º O procedimento "03.01.04.002-8 - ATENDIMENTO CLINICO P/ INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)" deverá ser informado na AIH como procedimento secundário aos procedimentos de parto normal, cesariana, curetagem e AMIU quando realizada a inserção imediata do DIU pós-parto e pós-abortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

Art. 38. A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 8º)

Art. 39. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo-se: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º)

I - plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, I)

II - matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição, para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, II)

III - a aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, III)

Art. 40. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disponibilizarão, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 10)

Art. 41. Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios podem pactuar nas respectivas CIB a aquisição, de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pelo gestor estadual de saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por consórcios de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11)

§ 1º Na hipótese de utilização de Atas Estaduais de Registro de Preços, o edital elaborado para o processo licitatório disporá sobre a possibilidade de sua utilização pelos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º Nos procedimentos de aquisição, as Secretarias de Saúde seguirão a legislação pertinente às licitações públicas no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 42. No sentido de fortalecer a produção pública de medicamentos, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios poderão pactuar que o montante correspondente aos recursos financeiros estaduais a ser aplicado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica seja implementado por meio de medicamentos produzidos em laboratórios públicos oficiais, cujo valor unitário de aquisição será informado na respectiva CIB. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 12)

Art. 43. Para dar suporte à gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, o Ministério da Saúde disponibilizará aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 13)

CAPÍTULO III
DO CONTROLE E MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 44. As ações, os serviços e os recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constarão nos instrumentos de planejamento do SUS, quais sejam, Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 15)

Art. 45. O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os Fundos de Saúde, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dar-se-ão por meio do RAG. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16)

§ 1º O RAG conterá as ações e serviços efetuados no âmbito da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde e sua execução orçamentária e será elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria de Consolidação nº 1, no Capítulo das Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS, encontrando-se disponível para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão em arquivo os documentos fiscais que comprovem a aplicação dos recursos financeiros tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16, § 2º)

Art. 46. A transferência dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios será suspensa, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, na hipótese de não aplicação dos recursos financeiros pelas respectivas Secretarias de Saúde dos valores definidos no art. 537 da Portaria de Consolidação nº 6, quando denunciada formalmente por um dos gestores de saúde ou constatada por meio de monitoramento e avaliação pelo Ministério da Saúde ou por auditorias dos órgãos de controle interno e externo. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17)

§ 1º A suspensão das transferências dos recursos financeiros será realizada mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias pelo Ministério da Saúde ao gestor de saúde e formalizado por meio de publicação de ato normativo específico, devidamente fundamentado. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 1º)

§ 2º O repasse federal dos recursos financeiros será restabelecido tão logo seja comprovada a regularização da situação que motivou a suspensão. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 2º)

§ 3º Caso não comprovada a regularização de que trata o § 2º, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º, II)

TÍTULO IV
DAS REGRAS DE FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 47. Este Título dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 1º)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO I)

Art. 48. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito do Componente de que trata o "caput" será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 49. Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º)

I - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I)

a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I, a)

b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I, b) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

II - Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, II)

III - Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, III)

Art. 50. Os grupos de que trata o art. 49 são definidos de acordo com os seguintes critérios gerais: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º)

I - complexidade do tratamento da doença; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, I)

II - garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, II)

III - manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, III)

Art. 51. O Grupo 1 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º)

I - maior complexidade do tratamento da doença; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, I)

II - refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, II)

III - medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, III)

IV - medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, IV)

Art. 52. O Grupo 2 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º)

I - menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º, I)

II - refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º, II)

Art. 53. O Grupo 3 é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 7º)

Art. 54. O elenco de medicamentos de que trata o art. 49 está descrito nos Anexos I, II e III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º)

§ 1º Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 constituem o Anexo III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Os medicamentos do Grupo 3 compõem parte do Anexo I da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º, § 2º)

Art. 55. Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica somente serão autorizados para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde - 10ª revisão (CID-10), constantes do Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 56. Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 compõem o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, na forma e redação estabelecidas pelo Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10)

§ 1º Os atributos idade mínima, idade máxima, sexo, quantidade máxima e CID-10 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, utilizados para a execução deste Componente, são estabelecidos de acordo com os critérios preconizados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º O atributo quantidade máxima é definido considerando-se os meses com 31 (trinta e um) dias, sendo que para os meses com até 30 (trinta) dias a quantidade máxima autorizada será diretamente proporcional à quantidade de dias do mês correspondente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10, § 2º)

Art. 57. As formas de organização dos procedimentos do Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS são descritas de acordo com os critérios de classificação da "Anatomical Therapeutic Chemical" (ATC) da Organização Mundial da Saúde (OMS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11)

§ 1º Fármacos da mesma forma de organização não serão autorizados para uma mesma doença no mesmo período de vigência da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), exceto nos casos de recomendação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º Fármacos da mesma forma de organização poderão ser autorizados para doenças diferentes no mesmo período de vigência da APAC, exceto para a forma de organização dos inibidores do fator de necrose tumoral alfa. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 58. Cabe à esfera de gestão do SUS responsável a seleção dos medicamentos entre as formas de organização do Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS que define os procedimentos dos Grupos 1 e 2, desde que garantidas as linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 12)

Art. 59. Os medicamentos do Grupo 3 são de responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e compõem parte do elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica regulamentado por ato normativo específico, sendo disponibilizados, em caso de demanda, para a garantia das linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 13)

Art. 60. A não disponibilização de medicamentos no âmbito deste Componente não garante a integralidade do tratamento e provoca desequilíbrio financeiro, devendo os gestores do SUS, em pactuação nas instâncias gestoras, promover ações que restabeleçam o acesso aos medicamentos estabelecidos nas linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde e o equilíbrio financeiro. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 14)

Art. 61. A incorporação, exclusão, ampliação ou redução de cobertura de medicamentos no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorrerá mediante decisão do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15)

§ 1º O impacto orçamentário das incorporações ou ampliação de cobertura de que trata o "caput" será calculado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15, § 1º)

§ 2º A responsabilidade pelo financiamento das incorporações de medicamentos, de ampliação de cobertura para medicamentos já incorporados e incorporações de novas concentrações e/ou apresentações farmacêuticas será pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), respeitando-se a manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS e a garantia da linha de cuidado da doença. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15, § 2º)

Art. 62. A inclusão efetiva de um medicamento nos Grupos 1, 2 e 3 deste Componente ocorrerá somente após a publicação da versão final do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas específico pelo Ministério da Saúde, observadas as pactuações no âmbito da CIT. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 16)

Art. 63. O Ministério da Saúde, em pactuação na CIT, poderá avaliar a transferência, em qualquer momento, de medicamentos deste Componente para outros Componentes da Assistência Farmacêutica ou a sua transferência entre os Grupos 1, 2 e 3 deste Componente, garantindo-se a disponibilização desses medicamentos no âmbito do SUS e o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 17)

CAPÍTULO II
DA EXECUÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II)

Art. 64. A execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 22)

Parágrafo Único. As normas de execução do Grupo 3 são regulamentadas no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em ato normativo específico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 22, Parágrafo Único)

Art. 65. Para os medicamentos constantes dos Grupos 1 e 2, a execução é descentralizada e de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo realizada de acordo com os critérios definidos neste Título e na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 23)

Art. 66. A solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento ocorrerão somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 24)

Art. 67. A solicitação, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento poderão ser descentralizadas junto à rede de serviços públicos dos Municípios mediante pactuação entre os gestores estaduais e municipais de saúde, observado o disposto no art. 65, os critérios legais e sanitários vigentes e os demais critérios de execução deste Componente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 25)

Art. 68. As Secretarias Estaduais de Saúde manterão os Municípios informados sobre a sistemática de execução deste Componente e os critérios de acesso aos medicamentos dos Grupos 1 e 2. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 26)

Seção I
Da Solicitação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 69. A solicitação corresponde ao pleito por medicamentos, pelo paciente ou seu responsável, em um estabelecimento de saúde definido nos termos do art. 66. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27)

§ 1º Para a solicitação, será obrigatória a presença do paciente ou seu responsável e a apresentação dos seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º)

I - cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, I)

II - cópia de documento de identidade, cabendo ao responsável pelo recebimento da solicitação atestar a autenticidade de acordo com o documento original de identificação; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, II)

III - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, III)

IV - prescrição médica devidamente preenchida; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, IV)

V - documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, V)

VI - cópia do comprovante de residência. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, VI)

§ 2º Os documentos descritos nos incisos III, IV e V do § 1º poderão ser oriundos de serviços privados de saúde, desde que respeitadas as demais regras deste Título e as pactuações realizadas no âmbito da respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 2º)

§ 3º Os documentos descritos nos incisos II e VI do § 1º não serão exigidos para a população indígena e penitenciária. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 3º)

Art. 70. Para a solicitação, fica dispensada a presença de pacientes considerados incapazes, conforme arts. 3º e 4º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), devidamente caracterizados no LME pelo médico prescritor. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28)

§ 1º No ato da solicitação, serão exigidos os seguintes documentos do seu responsável, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente mencionados no art. 69, § 1º : (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º)

I - cópia do documento de identidade; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, I)

II - endereço completo; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, II)

III - número de telefone. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, III)

§ 2º O responsável pelo paciente será o último indivíduo designado no LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 2º)

Art. 71. Cada usuário deverá ter apenas um cadastro no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, independente do número de LME vigentes. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 29)

Seção II
Da Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 72. A avaliação corresponde à análise técnica, de caráter documental, da solicitação e da renovação da continuidade de tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 30)

Art. 73. O avaliador será um profissional de saúde com ensino superior completo, registrado em seu devido conselho de classe e designado pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 31)

Art. 74. Para a avaliação, serão considerados os documentos exigidos no art. 69, observando-se: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32)

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, I)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, II)

III - todos os documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, III)

Parágrafo Único. A avaliação será realizada utilizando os campos referentes à avaliação contidos no LME, conforme as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, Parágrafo Único)

Seção III
Da Autorização
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 75. A autorização corresponde ao parecer, de caráter administrativo, que aprova ou não o procedimento referente à solicitação ou renovação da continuidade do tratamento previamente avaliada. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 33)

Art. 76. O autorizador será um profissional de nível superior completo, preferencialmente da área da saúde, designado pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 34)

Art. 77. A autorização será efetivada somente após o deferimento da avaliação realizada de acordo com a Seção II do Capítulo II do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 35)

Seção IV
Da Dispensação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 78. A etapa da dispensação consiste no ato de fornecer medicamento(s) previamente autorizado(s) de acordo com a Seção III do Capítulo II do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 36)

Art. 79. O paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37)

Parágrafo Único. Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente mencionados no art. 69, § 1º : (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único)

I - declaração autorizadora; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, I)

II - cópia do documento de identidade; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, II)

III - endereço completo; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, III)

IV - número de telefone. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, IV)

Art. 80. O paciente, responsável ou representante apresentará documento de identificação para que seja efetuada a dispensação dos medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 38)

Art. 81. No ato da dispensação, o recibo de dispensação do medicamento será devidamente preenchido e assinado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 39)

Parágrafo Único. O Recibo de Medicamentos (RME) a ser utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica conterá, no mínimo, os dados constantes no modelo apresentado no Anexo VI. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 39, Parágrafo Único)

Art. 82. 1 (uma) via do LME, os recibos de dispensação dos medicamentos e os documentos descritos no art. 69 serão mantidos em arquivo pela unidade responsável pela dispensação. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 40)

Art. 83. A dispensação do medicamento poderá ser realizada para mais de um mês de competência, dentro do limite de vigência da APAC e respeitadas às exigências legais. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 41)

Art. 84. O processamento mensal da APAC no SIA/SUS será efetivado somente a partir da emissão do recibo de dispensação do medicamento devidamente preenchido e assinado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 42)

Art. 85. A interrupção do fornecimento do medicamento por abandono do tratamento será realizada quando o paciente, responsável ou representante não retirá-lo por 3 (três) meses consecutivos e não tiver ocorrido o fornecimento antecipado previsto no art. 83. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 43)

Art. 86. O SIA/SUS exercerá crítica para todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme os atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS descrita no Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 44)

Seção V
Da Renovação da Continuidade do Tratamento
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção V)

Art. 87. Para a renovação da continuidade do tratamento serão obrigatórios os seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45)

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, I)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, II)

III - documentos para monitoramento do tratamento estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, III)

Seção VI
Do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 88. O LME é um documento oficial utilizado como instrumento para realização das etapas de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 46)

Art. 89. O modelo do LME que será utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e as instruções para o adequado preenchimento estão descritos no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47)

Parágrafo Único. O LME está estruturado para que seja preenchido com informações sobre a solicitação, avaliação e autorização do procedimento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47, Parágrafo Único)

Art. 90. Para cada doença, definida de acordo com a CID-10, haverá a necessidade de preenchimento de um LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48)

§ 1º Cada LME corresponderá a uma única APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 1º)

§ 2º Em caso de solicitação de mais de 5 (cinco) medicamentos para a mesma doença, o mesmo médico preencherá mais de um LME, para os quais será emitido apenas um número de APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 2º)

§ 3º Nos casos em que o medicamento não tiver indicação para utilização contínua, será emitida APAC para 1 (uma) competência, que corresponderá apenas ao mês de atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 3º)

Art. 91. Durante o período de vigência da APAC de um LME, será permitido o ajuste da solicitação da seguinte forma, caracterizando-se a adequação do LME: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

I - substituição, inclusão ou exclusão do procedimento para o tratamento da mesma doença (CID-10); ou (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, I)

II - alteração da quantidade do medicamento solicitada pelo médico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, II)

§ 1º Para a adequação do LME, será necessária a apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º)

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, I)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, II)

§ 2º Quando necessário, para adequação do LME, apresentar-se-ão também os documentos definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 2º)

§ 3º Não será necessário emitir nova APAC nos casos de adequação do LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 92. Será permitida a emissão de mais de uma APAC dentro do mesmo período de vigência, nos casos de pacientes diagnosticados com mais de uma doença (CID-10). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 50)

Art. 93. O LME terá 60 (sessenta) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 51)

Art. 94. Para cada LME será emitido um parecer do avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 52)

Parágrafo Único. Caso seja solicitado mais de um medicamento no mesmo LME, a avaliação poderá possuir mais de um parecer. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 52, Parágrafo Único)

Art. 95. O LME será assinado pelo autorizador somente nos casos de deferimento de um medicamento pelo avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 53)

CAPÍTULO III
DA PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III)

Art. 96. A responsabilidade pela programação, armazenamento e distribuição dos medicamentos dos Grupos 1A e 1B é das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo a responsabilidade pela aquisição dos medicamentos do Grupo 1A do Ministério da Saúde e dos medicamentos do Grupo 1B das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 54) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 97. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 2 é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 55) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 98. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 3 é das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 56)

Art. 99. Na aquisição dos medicamentos dos Grupos 1 e 2, os entes federativos observarão o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), conforme regulamentação vigente da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), os benefícios fiscais e os preços praticados no mercado no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 57)

Seção I
Dos Medicamentos de Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 100. O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal poderão pactuar a aquisição centralizada dos medicamentos pertencentes ao Grupo 1B, descritos no Anexo I da RENAME, e ao Grupo 2, descritos no Anexo II da RENAME, do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, desde que seja garantido o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS, observando-se, entre outros, o benefício econômico da centralização frente às condições do mercado e os investimentos estratégicos do governo no desenvolvimento tecnológico e da capacidade produtiva junto aos laboratórios públicos e oficiais. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 58)

Art. 101. Pactuada a aquisição centralizada de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica pelo Ministério da Saúde, nos termos do art. 100, observar-se-ão as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59)

I - a primeira distribuição ocorrerá a partir da finalização dos procedimentos administrativos indispensáveis para o processo de aquisição; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, I)

II - o valor do(s) medicamento(s) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS corresponderá a 0 (zero) a partir da primeira distribuição realizada pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, II)

III - o Ministério da Saúde realizará o ressarcimento do estoque estadual com base na diferença entre as APAC aprovadas e o quantitativo distribuído no período de 180 (cento e oitenta) dias após a primeira distribuição do medicamento, considerando-se os valores definidos anteriormente ao valor descrito no inciso II. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, III)

Art. 102. A dispensação dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e seguirá os critérios estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 60)

Subseção I
Da Programação Anual
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção I)

Art. 103. A programação anual para aquisição centralizada de medicamentos é de responsabilidade do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61)

§ 1º A finalização da programação anual ocorrerá até o dia 30 de abril de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 1º)

§ 2º O quantitativo de medicamentos a ser adquirido será estabelecido considerando-se a média dos dados descritos nos incisos deste parágrafo, acrescido de um estoque estratégico calculado com base na série histórica de consumo de cada medicamento, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º)

I - quantidade aprovada do medicamento, por meio de APAC, na competência de outubro, novembro e dezembro do ano anterior à programação anual, conforme informação do SIA/SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º, I)

II - quantitativo de medicamentos distribuídos pelo Ministério da Saúde para atendimento dos meses de janeiro, fevereiro e março do ano da programação anual. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º, II)

Subseção II
Da Programação Trimestral
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção II)

Art. 104. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal encaminharão ao DAF/SCTIE/MS a necessidade trimestral de cada medicamento de aquisição centralizada. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62)

§ 1º O período de envio das informações atenderá o seguinte cronograma: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º)

I - para a programação do 1º trimestre, que corresponde aos meses de janeiro, fevereiro e março, o período para o envio das informações será do dia 20 a 30 de novembro do ano anterior; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, I)

II - para a programação do 2º trimestre, que corresponde aos meses de abril, maio e junho, o período para o envio das informações será do dia 20 a 28 de fevereiro do ano corrente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, II)

III - para a programação do 3º trimestre, que corresponde aos meses de julho, agosto e setembro, o período para o envio das informações será do dia 20 a 31 de maio do ano corrente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, III)

IV - para a programação do 4º trimestre, que corresponde aos meses de outubro, novembro e dezembro, o período para o envio das informações será do dia 20 a 31 de agosto do ano corrente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, IV)

§ 2º A distribuição dos medicamentos seguirá o período de entrega estabelecido no seguinte cronograma: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º)

I - para atendimento da programação referente ao 1º trimestre, que corresponde aos meses de janeiro, fevereiro e março, ocorrerá no período de 10 a 20 de dezembro do ano anterior; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, I)

II - para atendimento da programação referente ao 2º trimestre, que corresponde aos meses de abril, maio e junho, ocorrerá no período de 10 a 20 de março do ano corrente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, II)

III - para atendimento da programação referente ao 3º trimestre, que corresponde aos meses de julho, agosto e setembro, ocorrerá no período de 10 a 20 de junho do ano corrente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, III)

IV - para atendimento da programação referente ao 4º trimestre, que corresponde aos meses de outubro, novembro e dezembro, ocorrerá no período de 10 a 20 de setembro do ano corrente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, IV)

Subseção III

Do Controle e Monitoramento da Programação

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção III)

Art. 105. A distribuição dos medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal terá como parâmetros a programação trimestral enviada pelas citadas Secretarias e a continuidade e regularidade da produção registrada em APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 63)

Art. 106. Após a finalização da programação trimestral para os medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, caso seja verificado que o consumo, via produção registrada em APAC, para o período, seja inferior ao quantitativo total distribuído, a diferença será ajustada posteriormente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 64)

Art. 107. Após a entrega dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, toda a logística restante será de responsabilidade exclusiva das citadas Secretarias. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 65)

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 108. O medicamento Filgrastim 300mcg injetável por frasco passa a integrar o Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 80)

Art. 109. Compete ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) providenciar junto ao DATASUS as medidas necessárias para que sejam efetivadas nos sistemas de informação as adequações definidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 81)

Art. 110. Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) editar normas técnicas complementares referentes à operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, observadas as pactuações na CIT. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 82)

Art. 111. Os recursos financeiros federais para a execução do disposto neste Título são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.303.2015.4705 - Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 83)

Art. 112. Os Anexos I, II, III, IV, V e VI da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente estão disponibilizados no portal do Ministério da Saúde, cujo o acesso pode ser realizado por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84)

Parágrafo Único. O acesso ao Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente também poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico datasus.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84, Parágrafo Único)

ANEXO XXIX

Regulamento da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Origem: PRT MS/GM 962/2013)

Art. 1º Fica regulamentada a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.

Art. 2º Fica instituído o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 1º)

Art. 3º Compete ao Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º)

I - promover a articulação e o alinhamento entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial para qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, I)

II - promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada nos termos do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, II)

III - realizar o balanço semestral do desenvolvimento das ações para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, III)

Art. 4º O Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo é composto por: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I)

a) 1 (um) representante do Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde (GAB/SAS/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, a)

b) 5 (cinco) representantes do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, b)

c) 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, c)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, III)

IV - autores e colaboradores das seguintes publicações do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV)

a) Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV, a)

b) Diretriz de Atenção à Reabilitação das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV, b)

§ 1º Para cada membro titular que represente os órgãos de que tratam os incisos I a III do "caput" será indicado o seu respectivo suplente. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A participação dos autores e colaboradores de que trata o inciso IV do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os representantes titulares e os respectivos suplentes dos órgãos de que tratam os incisos I a III do "caput" serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O Comitê poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às atividades do Comitê, quando entender necessário para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º O GAB/SAS/MS fornecerá os apoios técnico e administrativo necessários para o funcionamento do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 5º)

Art. 5º O Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo se reunirá semestralmente ou, em caráter extraordinário, a critério da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 4º)

Art. 6º Compete à Coordenação do Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º)

I - organizar a pauta das reuniões; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, I)

II - promover a articulação entre os membros do Comitê e subsidiá-los com as informações por ele demandadas; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, II)

III - promover a divulgação dos relatórios de acompanhamento dos trabalhos e resultados alcançados; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, III)

IV - articular os órgãos do Ministério da Saúde envolvidos com as demandas nas ações e estratégias voltadas para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, IV)

V - elaborar a memória e sistematizar os produtos e documentos produzidos pelo Comitê; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, V)

VI - manter o Comitê informado sobre os processos de implantação das políticas públicas para as pessoas com transtornos do espectro do autismo. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, VI)

Art. 7º A participação no Comitê não será remunerada e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 6º)

ANEXO XXX

Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (Origem: PRT MS/GM 426/2005)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida será implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º)

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, I)

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, II)

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, III)

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, IV)

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, V)

VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, VI)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o art. 1º será constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º)

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, I)

II - Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, II)

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, III)

§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade será composta por: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º)

I - serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º, a)

II - serviços de Assistência Especializada (SAE) que são de referência em DST/HIV/Aids. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º, b)

§ 2º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º A regulamentação suplementar e complementar do disposto neste Anexo ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º)

§ 1º A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em reprodução humana assistida serão de competência das três esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os componentes do caput deste artigo deverão ser regulados por protocolos de conduta, de referência e de contrarreferência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º A capacitação e a educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverão ser realizadas de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 5º)

Art. 6º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, ora instituída. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 6º)

ANEXO XXXI

Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (Origem: PRT MS/GM 1169/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, que serão compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em A1lta Complexidade Cardiovascular, no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 1º)

Art. 2º As Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular será composta por: (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; e (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º As Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular deverão oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 3º)

Parágrafo Único. As aptidões e atribuições dos serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e nos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular serão regulamentadas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) em portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º As Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena do Sistema, de acordo com as respectivas condições de gestão e sua divisão de responsabilidades, adotarão as providências necessárias à implantação das Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, bem como a organização, habilitação, credenciamento e integração das Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e a dos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular que comporão essas Redes. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 4º)

Art. 5º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída pelo art. 1º. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 5º)

Art. 6º Ficam instituídos os seguintes instrumentos de gestão: (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º)

I - avaliação da qualidade das Unidades cadastradas e das Normas de Acompanhamento de Procedimentos de Alta Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º, I)

II - formulários de registros de preenchimento obrigatório: "Registro Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular", "Registro Brasileiro de Marcapasso, Desfibrilador e Ressincronizador Cardíacos", "Registro Brasileiro de Cirurgia Vascular", "Registro Brasileiro de Procedimentos da Cardiologia Intervencionista", "Registro Brasileiro de Procedimentos Endovasculares Extracardíacos" e "Registro Brasileiro de Procedimentos em Eletrofisiologia". (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º, II)

Art. 7º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias à implantação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 7º)

Art. 8º O quantitativo mínimo de procedimentos regulamentados pela SAS/MS, quando devidamente autorizados, terão a sua realização e pagamento garantidos, com vistas à manutenção da qualidade do serviço. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 8º)

ANEXO XXXII

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica (Origem: PRT MS/GM 1161/2005)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam às doenças neurológicas e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços públicos e privados que realizam tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença neurológica; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, IV)

V - ampliar e qualificar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças neurológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, V)

VI - ampliar e qualificar a cobertura dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas dos acidentes vasculares cerebrais no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VI)

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem o estudo do custo-efetividade, da eficácia e da qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo de diagnose e do tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença neurológica; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VIII)

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, IX)

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, X)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, de que trata o art. 1º deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º)

I - atenção básica, que consiste em realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos, bem como ações clínicas para o atendimento pré-natal, o tratamento da desnutrição infantil e das doenças infecciosas, do controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus que possam ser realizadas neste nível, e terão lugar na rede de serviços básicos de saúde - Centro de Saúde /Unidades Básicas de Saúde e Postos de Saúde e em especial pelas Equipes de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, I)

II - média complexidade, que consiste em realizar ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do portador da doença neurológica, hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como garantir a assistência ao parto, e devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, II)

III - alta complexidade, que consiste em garantir o acesso aos procedimentos neurológicos, neurointervencionistas e neurocirúrgicos e assegurar a qualidade do processo, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e cuja assistência se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e de Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, III)

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Neurológicas, composto por atenção pré-natal, ao parto, ao neonato, ao desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção do trauma, assistência nutricional infantil, controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar por parte dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doenças neurológicas; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, V)

VI - a regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doenças neurológicas serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação, e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VII)

VIII - diretrizes de condutas, em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, IX)

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, X)

Art. 4º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 4º)

Art. 5º A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, por meio de portarias específicas. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 5º)

ANEXO XXXIII

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Origem: PRT MS/GM 1168/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a

sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, IV)

V - ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante); (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, V)

VI - ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VI)

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VIII)

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, IX)

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, X)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, de que trata o art. 1º, deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º)

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível. Tais ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família). De acordo com a necessidade local, o gestor poderá instituir uma equipe de referência da atenção básica com a função de tutoria e, ou referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, I)

II - média complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais. Essas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Para desempenhar as ações neste nível de atenção, o gestor poderá instituir um Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, II)

III - alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, III)

IV - plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doença renal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, V)

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença renal serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VII)

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, IX)

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, X)

Art. 4º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 4º)

ANEXO XXXIV

Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (Origem: PRT MS/GM 221/2005)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA REDE MULTICÊNTRICA DE AVALIAÇÃO DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS (REMATO)

Art. 2º Fica instituída a Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (REMATO) com o objetivo de atender às demandas do Sistema Único de Saúde no que se refere ao monitoramento da qualidade de implantes ortopédicos comercializados no país. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º)

§ 1º A REMATO é composta por laboratórios voltados à análise e avaliação de qualidade dos implantes ortopédicos. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Cabe ao Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (INTO/SAS/MS) fornecer o suporte técnico e administrativo necessário para o desenvolvimento das atividades de operacionalização da REMATO. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 3º Cabe à REMATO: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º)

I - promover ações voltadas à qualidade e segurança dos implantes ortopédicos, de forma a evitar a exposição da população a produtos sem evidência de segurança e eficácia em seu consumo; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, I)

II - fomentar a adequação e modernização dos laboratórios que venham a prestar serviços e contribuir com a qualificação do complexo industrial da saúde na área de implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, II)

III - atuar como facilitador na implantação e ampliação de sistemas de gestão de qualidade laboratorial com padrões internacionais; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, III)

IV - contribuir para a implementação das diretrizes relacionadas à avaliação da qualidade e eficácia de implantes ortopédicos no país; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, IV)

V - propor a organização de eventos de interesse na área com vista à capacitação dos profissionais para avaliação de implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, V)

VI - contribuir para a difusão do conhecimento sobre implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VI)

VII - apoiar os laboratórios da rede nas ações voltadas a serviços tecnológico; e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VII)

VIII - apoiar tecnicamente o Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Brasileiro de Tecnologia (SIBRATEC), quanto a temática implantes e instrumentais ortopédicos. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VIII)

Art. 4º Fica instituído o Comitê Gestor da REMATO que será composto por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º)

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, I)

II - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (INTO/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (SETEC) do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, III)

IV - Instituto Nacional de Metrologia e Qualidade Industrial (INMETRO); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, IV)

V - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, V)

VI - Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI/MDIC); e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, VI)

VII - Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, VII)

§ 1º Cabe ao INTO/SAS/MS coordenar o Comitê Gestor. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Cabe ao Comitê Gestor: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º)

I - aprovar o Regimento Interno da REMATO; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, I)

II - disponibilizar seu corpo técnico-profissional para a operacionalização da rede; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, II)

III - propor programas interinstitucionais de trabalho para a melhoria da qualidade da produção nacional, pública e privada, para os segmentos produtivos do Complexo Industrial da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, III)

IV - apoiar às ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no que se refere à análise de conformidade de produtos para a saúde, obedecido o disposto no arcabouço regulatório sanitário brasileiro e as responsabilidades e atribuições legais da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, IV)

V - difundir e intercambiar conhecimentos e informações do conjunto de atribuições e competências dos partícipes, bem como criar mecanismos para tais fins; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, V)

VI - informar, obrigatoriamente, sobre ações em planejamento ou que estejam em andamento que possam interferir na atuação da outra parte; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - promover atividades de treinamento para a promoção de interesses comuns relacionadas a REMATO; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - participar das comissões e grupos de trabalho que tenham interface com as políticas de promoção e desenvolvimento das atividades econômicas e industriais, no âmbito do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VIII)

IX - desenvolver atividades para suporte à execução das políticas de saúde, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial, em especial a Política Industrial na Área de Próteses, Novos Materiais, Fármacos, Equipamentos Hospitalares, Acreditação de Laboratórios e Outras Atividades, sempre considerando as competências de cada um dos partícipes. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, IX)

Art. 5º O Regimento Interno deverá prever a estrutura organizacional, a operacionalização das atividades da Rede bem como os mecanismos para inserção e exclusão de laboratórios na Rede. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º)

§ 1º O INTO deve elaborar o Regimento Interno em 90 dias, após a publicação da Portaria nº 1883/GM/MS, de 14 de julho de 2010. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Após aprovado o Regimento pelo Comitê cabe ao INTO publicá-lo. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º, § 2º)

CAPÍTULO II
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA

Art. 6º As Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento para formar uma rede hierarquizada, estadual ou regional, de atenção em alta complexidade em tráumato-ortopedia, com a finalidade de prestar assistência a doentes com afecções do sistema músculo-esquelético que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º)

§ 1º A Rede de Atenção em Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia será composta por: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º)

I - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º, I)

II - Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia devem: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º)

I - oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a doentes de afecções do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, I)

II - desenvolver articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, II)

III - respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização do SUS. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, III)

§ 3º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade de Tráumato-Ortopedia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia prestarão assistência por meio de seu respectivo Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 3º)

Art. 7º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) regulamentará os atributos necessários ao credenciamento/habilitação: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º)

I - das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º, I)

II - dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º, II)

Art. 8º As Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, habilitadas em Gestão Plena do Sistema Municipal, adotarão as providências necessárias ao processo de credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia e da habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º)

§ 1º Caberá às Secretarias de Estado da Saúde a indicação para a habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As ações desenvolvidas deverão estar de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º, § 2º)

Art. 9º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) criará uma Câmara Técnica com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída por este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 5º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) criará e regulamentará os seguintes instrumentos de gestão: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º)

I - Guia de Boas Práticas na especialidade de tráumato-ortopedia, contendo recomendações de indicação e contraindicação de procedimentos de tráumato-ortopedia constantes da tabela do SUS; (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, I)

II - Indicadores de qualidade para avaliação das unidades credenciadas; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, II)

III - Registro Brasileiro de Cirurgia Tráumato-Ortopédica para prover a Autorização de Internação Hospitalar - AIH - de dados para rastreamento e avaliação futura de procedimentos, tornando-o de preenchimento obrigatório. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, III)

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias à implantação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 7º)

CAPÍTULO III
DA CÂMARA TÉCNICA EM TRÁUMATO - ORTOPEDIA

Art. 12. Fica atualizada a Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I)

a) Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, a)

b) Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, b)

c) Departamento de Avaliação, Regulação e Controle de Sistemas (DRAC); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, c)

d) Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, d)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, II)

a) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, II, a)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, V)

VI - Hospital Universitário Federal, indicado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT); e (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN). (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VIII)

§ 1º A Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia será coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e terá como Secretaria-Executiva o Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS). (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia, quando julgar necessário, poderá convidar participantes ad hoc, sempre de caráter institucional, internos ou externos ao Ministério da Saúde, nas áreas correlacionadas com a ortopedia, a traumatologia e a reabilitação do sistema músculo-esquelético. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 2º)

§ 3º À Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia cabe propor sobre: (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º)

I - a política nacional de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, I)

II - as ações de promoção da saúde, da prevenção, de diagnóstico e do tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública e privada; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, II)

III - as recomendações para o desenvolvimento das ações das entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, III)

IV - a atualização de procedimentos ortopédicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, IV)

V - a utilização de implantes utilizados no tratamento das doenças e agravos do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, V)

VI - incorporação de tecnologias que visam à promoção da saúde, à prevenção e ao diagnótico e tratamento de afecções músculo-esqueléticas, conforme o estabelecido para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VI)

VII - projetos de incentivo para ações de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico e de tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VII)

VIII - a formação e qualificação de profissionais para atuação em ortopedia, em traumatologia e em reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VIII)

IX - estudos e pesquisas na área de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; e (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, IX)

X - o aprimoramento da política nacional de transplantes de tecido músculo-esqueléticos. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, X)

Art. 13. Fica determinado que a Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS) tomará as providências cabíveis para a operacionalização dos trabalhos da referida Câmara. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 2º)

ANEXO XXXV

Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO) (Origem: PRT MS/GM 957/2008)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde, por intermédio de redes estaduais e regionais, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação das Unidades de Atenção Especializada, públicas ou privadas que prestam atenção em oftalmologia, bem como os mecanismos de sua monitorização com vistas à diminuição dos riscos aos quais fica exposto o paciente com doença oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, IV)

V - ampliar a cobertura no atendimento aos pacientes com doenças oftalmológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doenças oftalmológicas; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VI)

VII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VII)

VIII - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VIII)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, de que trata o art. 1º, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º)

I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada em Oftalmologia: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade, visando alcançar impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida dos usuários do SUS, por intermédio da garantia da equidade; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, II)

III - a organização das Redes de Atenção em Oftalmologia deverá respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde, cujas ações referentes a esse nível de atenção serão realizadas em Hospitais Gerais ou Especializados, Hospitais de Ensino, Ambulatórios Especializados em Assistência Oftalmológica, cuja normatização será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, III)

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regional dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT

MS/GM 957/2008, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao paciente com doença oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, V)

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença oftalmológica serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VII)

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, IX)

X - acesso à assistência farmacêutica disponibilizado pelo SUS; e (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, X)

XI - acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, XI)

Art. 4º A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 4º)

ANEXO XXXVI

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (Origem: PRT MS/GM 1391/2005)

Art. 1º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º)

I - a promoção da garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública, e provendo assistência às pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, com a criação de um cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, I)

II - a promoção da garantia da integralidade da atenção, por intermédio do atendimento realizado por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, II)

III - a instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, III)

IV - a promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com a doença ou o traço falciforme; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, IV)

V - a promoção da integração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias com o Programa Nacional de Triagem Neonatal, visando a implementação da fase II deste último e a atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, V)

VI - a promoção da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo, imunobiológicos Especiais e insumos, como Filtro de Leucócitos e Bombas de Infusão; e (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, VI)

VII - a estimulação da pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, VII)

Parágrafo Único. As diretrizes de que trata este artigo apóiam-se na promoção, na prevenção, no diagnóstico precoce, no tratamento e na reabilitação de agravos à saúde, articulando as áreas técnicas cujas ações têm interface com o atendimento hematológico e hemoterápico. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde adotar as providências necessárias ao cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 2º)

ANEXO XXXVII

Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica (Origem: PRT MS/GM 81/2009)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será implantada de forma articulada nas três esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º)

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, I)

II - possibilitar a identificação dos determinantes e condicionantes dos principais problemas de saúde relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas, de forma a fornecer subsídios para a elaboração de ações e políticas públicas no setor, sem prejuízo da participação social; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, II)

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas em genética clínica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, III)

IV - incentivar a realização de pesquisas e projetos estratégicos destinados ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade e incorporação de tecnologias na área de genética clínica; e (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, IV)

V - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Genética Clínica, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, V)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será constituída dos seguintes níveis: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada em genética clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, II)

§ 1º Na atenção básica serão identificadas e acompanhadas as famílias e indivíduos com problemas relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Na atenção especializada em genética clínica será realizado o acompanhamento especializado multidisciplinar e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção dos casos encaminhados pela atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º)

I - A atenção especializada será composta por: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I)

a) Unidades de Atenção Especializada; e (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I, a)

b) Centros de Referência em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I, b)

§ 3º A atenção integral em genética clínica deverá ser organizada em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada ente federado e com os princípios e diretrizes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 3º)

Art. 4º Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em genética clínica no seu âmbito de atuação e gestão. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º)

§ 1º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão suplementar objeto deste Anexo para atender às necessidades e peculiaridades locorregionais. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As atribuições que compõem este artigo deverão ser fundamentadas nas diretrizes, protocolos de conduta e mecanismos de referência e de contrarreferência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º Compete à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) a adoção das medidas necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 5º)

ANEXO XXXVIII

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam instituídas a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS, em especial à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 2º)

Art. 3º Para efeito deste Anexo, considera-se doença rara aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem como objetivo reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno redução de incapacidade e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 4º)

Art. 5º São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º)

I - garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde em relação às pessoas com doenças raras, com consequente redução da morbidade e mortalidade; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, I)

II - estabelecer as diretrizes de cuidado às pessoas com doenças raras em todos os níveis de atenção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, II)

III - proporcionar a atenção integral à saúde das pessoas com doença rara na Rede de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, III)

IV - ampliar o acesso universal e regulado das pessoas com doenças raras na RAS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, IV)

V - garantir às pessoas com doenças raras, em tempo oportuno, acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis conforme suas necessidades; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, V)

VI - qualificar a atenção às pessoas com doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, VI)

CAPÍTULO III
DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO III)

Art. 6º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é constituída a partir dos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º)

I - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, I)

II - reconhecimento da doença rara e da necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da RAS no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, II)

III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com doenças raras, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, III)

IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e atenção multiprofissional; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, IV)

V - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, V)

VI - incorporação e uso de tecnologias voltadas para a promoção, prevenção e cuidado integral na RAS, incluindo tratamento medicamentoso e fórmulas nutricionais quando indicados no âmbito do SUS, que devem ser resultados das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de avaliação e aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, VI)

VII - promoção da acessibilidade das pessoas com doenças raras a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, VII)

Art. 7º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º)

I - educação permanente de profissionais de saúde, por meio de atividades que visem à aquisição e ao aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a atenção à pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, I)

II - promoção de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, II)

III - organização das ações e serviços de acordo com a RAS para o cuidado da pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, III)

IV - oferta de cuidado com ações que visem à habilitação/reabilitação das pessoas com doenças raras, além de medidas assistivas para os casos que as exijam; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, IV)

V - diversificação das estratégias de cuidado às pessoas com doenças raras; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, V)

VI - desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, VI)

CAPÍTULO IV
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 8º São responsabilidades comuns do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em seu âmbito de atuação: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º)

I - garantir que todos os serviços de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças raras possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, I)

II - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças raras, de acordo com suas responsabilidades e pactuações; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, II)

III - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, III)

IV - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam no escopo das doenças raras nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, IV)

V - garantir o compartilhamento das informações na RAS e entre as esferas de gestão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, V)

VI - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos serviços de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VI)

VII - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção, ao cuidado e à reabilitação/habilitação das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VII)

VIII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VIII)

IX - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capilarização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, IX)

X - monitorar e avaliar o desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle das doenças raras no país no âmbito do SUS, bem como auditar, quando pertinente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, X)

Art. 9º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, I)

II - analisar, consolidar e divulgar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com doenças raras, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, II)

III - definir diretrizes gerais para a organização do cuidado às doenças raras na população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, III)

IV - estabelecer, por meio de PCDT, recomendações de cuidado para tratamento de doenças raras, levando em consideração a incorporação de tecnologias pela CONITEC, de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, IV)

V - efetuar a homologação da habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, V)

VI - disponibilizar sistema de informação para registro das ações prestadas no cuidado às pessoas com doenças raras em todos os serviços de saúde, seja na atenção básica ou especializada, ambulatorial ou hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, VI)

Art. 10. Às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal compete: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, I)

II - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas à inclusão da atenção e do cuidado integral às pessoas com doenças raras nos planos municipais, estadual e planejamento regional integrado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, II)

III - apoiar tecnicamente os Municípios para organização e implantação do cuidado para as pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, III)

IV - realizar a regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, IV)

V - analisar os dados estaduais, relacionados às doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, V)

VI - definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VI)

VII - apoiar os Municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VII)

VIII - efetuar e manter atualizado o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VIII)

IX - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando for de gestão estadual. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, IX)

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, I)

II - planejar e programar as ações e os serviços de doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, II)

III - organizar as ações e serviços de atenção para doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se os serviços disponíveis no Município; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, III)

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade própria; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, IV)

V - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando de gestão municipal; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, V)

VI - realizar regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VI)

VII - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com doenças raras, com sustentabilidade do sistema público de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VII)

VIII - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou interregional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VIII)

IX - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, IX)

X - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, X)

XI - definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XI)

XII - efetuar e manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XII)

XIII - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle das doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XIII)

CAPÍTULO V
DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO V)

Art. 12. A organização do cuidado das pessoas com doenças raras será estruturada nos seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12)

I - Eixo I: composto pelas doenças raras de origem genética e organizado nos seguintes grupos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I)

a) anomalias congênitas ou de manifestação tardia; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, a)

b) deficiência intelectual; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, b)

c) erros inatos de metabolismo; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, c)

II - Eixo II: composto por doenças raras de origem não genética e organizado nos seguintes grupos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II)

a) infecciosas; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, a)

b) inflamatórias; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, b)

c) autoimunes; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, c)

d) outras doenças raras de origem não genética. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, d)

CAPÍTULO VI
DA ESTRUTURA DA LINHA DE CUIDADO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 13. A linha de cuidado da atenção aos usuários com demanda para a realização das ações na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é estruturada pela Atenção Básica e Atenção

Especializada, em conformidade com a RAS e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13)

§ 1º À Atenção Básica, que é responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede, compete: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º)

I - realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos às doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, I)

II - desenvolver ações voltadas aos usuários com doenças raras, na perspectiva de reduzir os danos relacionados a essas doenças no seu território; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, II)

III - avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com doenças raras e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários e seus familiares; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, III)

IV - implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas, e seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, IV)

V - encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de doença rara para confirmação diagnóstica; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, V)

VI - coordenar e manter o cuidado das pessoas com doenças raras, quando referenciados para outros pontos da RAS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VI)

VII - registrar as informações referentes às doenças raras nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VII)

VIII - realizar o cuidado domiciliar às pessoas com doenças raras, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com os serviços de atenção especializada e serviços de referência em doenças raras locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VIII)

IX - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, IX)

§ 2º A Atenção Especializada, composta pelo conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma integral, resolutiva e em tempo oportuno, é composta, ainda, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º)

I - Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, a quem compete oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º, I)

II - Serviço de Referência em Doenças Raras, que oferece atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º, II)

§ 3º Compete ao Componente Atenção Domiciliar: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º)

I - realizar o cuidado às pessoas com doença rara de forma integrada com os componentes da Atenção Básica e da Atenção Especializada; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, I)

II - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, II)

III - instrumentalizar e orientar cuidadores e familiares para o cuidado domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, III)

IV - contribuir para a qualidade de vida da pessoa com doença rara no ambiente familiar; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, IV)

V - promover ações que auxiliem a autonomia das pessoas com doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, V)

§ 4º Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos de atenção deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da RAS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 4º)

Art. 14. O componente da Atenção Especializada da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras será composto por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14)

I - Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, I)

II - Serviço de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, II)

§ 1º O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras é o serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada em uma ou mais doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 1º)

§ 2º O Serviço de Referência em Doenças Raras é o serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada para pessoas com doenças

raras pertencentes a, no mínimo, dois eixos assistenciais, de acordo com os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º)

I - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo I de que trata o art. 12; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, I)

II - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo II de que trata o art. 12; ou (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, II)

III - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 1 (um) grupo de doenças raras de cada um dos Eixos de que trata o art. 12. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, III)

§ 3º Os Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras são responsáveis também por ações diagnósticas, terapêuticas e preventivas às pessoas com doenças raras ou sob risco de desenvolvê-las, de acordo com os dois eixos assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 3º)

Art. 15. Compete ao Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras e ao Serviço de Referência em Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15)

I - compor a RAS regional, de forma que se garantam os princípios, as diretrizes e competências descritas na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, I)

II - ter uma população definida como de sua responsabilidade para o cuidado, assim como ter vinculado a si os serviços para os quais é a referência para tratamento às pessoas com doenças raras, podendo ser de abrangência local, regional, estadual ou nacional; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, II)

III - apoiar os outros serviços de atenção à saúde no que se refere ao cuidado da pessoa com doença rara, participando sempre que necessário da educação permanente dos profissionais de saúde que atuam neste cuidado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, III)

IV - utilizar os sistemas de informação vigentes para registro da atenção dispensada no cuidado às pessoas com doenças raras, conforme normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, IV)

V - garantir a integralidade do cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, V)

VI - reavaliar periodicamente as pessoas, de acordo com cada doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VI)

VII - estabelecer avaliações para verificar outras pessoas em risco de doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VII)

VIII - encaminhar as pessoas para a Atenção Básica para a continuidade do seguimento clínico, garantindo seu matriciamento; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VIII)

IX - submeter-se à regulação, fiscalização, monitoramento e avaliação do Gestor Municipal, Estadual e do Distrito Federal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, IX)

X - investigar e buscar determinar o diagnóstico definitivo e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos PCDT estabelecidos pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, X)

XI - garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XI)

XII - encaminhar as pessoas para os Centros Especializados de Reabilitação (CER) ou outros com a finalidade de reabilitação para complementaridade do cuidado, sem se eximir de continuar ofertando o cuidado integral às pessoas com doenças raras, garantidos mediante regulação; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XII)

XIII - realizar tratamento clínico e medicamentoso, quando houver, das pessoas com doenças raras segundo os PCDT instituídos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIII)

XIV - oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIV)

XV - referenciar as pessoas para os Serviços de Referência em Doenças Raras, quando se fizer necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XV)

XVI - garantir a investigação diagnóstica e o acompanhamento das doenças para as quais estiverem habilitados; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVI)

XVII - acolher o encaminhamento regulado de pessoas com diagnóstico ou suspeita de doença rara, provenientes da atenção básica ou especializada, para fins de investigação e tratamento; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVII)

XVIII - garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso regulado às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVIII)

XIX - oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar, de acordo com os eixos assistenciais e baseados nos PCDT instituídos; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIX)

XX - realizar o aconselhamento genético das pessoas acometidas e seus familiares, quando indicado. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XX)

rt. 16. São competências específicas do Serviço de Referência em Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16)

I - realizar o acompanhamento clínico especializado multidisciplinar à pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, I)

II - apresentar estrutura adequada, realizar pesquisa e ensino organizado, com programas e protocolos estabelecidos, reconhecidos e aprovados pelo comitê de ética pertinente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, III)

III - subsidiar ações de saúde dos gestores no âmbito das doenças raras, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, IV)

IV - participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com a gestão, tendo como base a PNEPS; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, V)

V - realizar atividades de educação ao público e aos profissionais de saúde no tema doenças raras, em conjunto com os gestores do SUS, os conselhos de saúde, a comunidade científica e as associações civis relacionadas às doenças raras ou outros representantes da sociedade civil organizada, com o objetivo de promover a compreensão da diversidade humana, dos direitos dos usuários e extinção dos preconceitos, buscando sua integração à sociedade. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, VI)

Art. 17. Poderão pleitear a habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras os estabelecimentos de saúde que obedeçam aos seguintes requisitos mínimos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17)

I - possuam alvará de funcionamento e se enquadrem nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros que venham a substituí-la ou complementá-la, precipuamente: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I)

a) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e suas alterações; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, a)

b) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, b)

c) Resolução - ABNT NBR 9050 - Norma Brasileira de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalações e adaptações de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, c)

II - disponham dos seguintes serviços de apoio diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II)

a) laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e de exames genéticos próprio ou alcançável; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II, a)

b) laboratório de imagem próprio ou alcançável; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II, b)

III - garantam, junto à RAS, as necessidades de internação (enfermaria e UTI) e cirurgia, que terão seus fluxos regulados conforme pactuações locais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, III)

Parágrafo Único. Na hipótese dos estabelecimentos de saúde de que trata o "caput" não oferecerem, dentro de sua estrutura física, as ações e serviços necessários para o cumprimento dos requisitos mínimos para habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras, estas ações e serviços poderão ser formalmente referenciados e contratualizados. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 18. Além dos requisitos mínimos de que trata o art. 17, para pleitear a habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deverá cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18)

I - possuir equipe assistencial composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I)

a) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, a)

b) técnico de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, b)

c) médico responsável pelo Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras com comprovada experiência na área ou especialidade. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, c)

II - contar com um responsável técnico médico, registrado no Conselho Regional de Medicina, devendo assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, II)

Parágrafo Único. O responsável técnico de que trata o inciso II poderá atuar como profissional em outro serviço habilitado pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 19. Além dos requisitos mínimos de que trata o art. 17, para pleitear a habilitação como Serviço de Referência em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deverá cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19)

I - possuir equipe assistencial para cada grupo dos Eixos de que trata o art. 12 composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I)

a) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, a)

b) técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, b)

c) médico com título de especialista na área da especialidade que acompanha, registrado no Conselho Regional de Medicina e/ou comprovação de atuação na doença rara específica por pelo menos 5 (cinco) anos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, c)

d) médico geneticista; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, d)

e) neurologista; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, e)

f) pediatra (quando atender criança); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, f)

g) clínico geral (quando atender adulto); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, g)

h) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, h)

i) nutricionista (quando atender erros inatos do metabolismo); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, i)

j) assistente social; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, j)

II - contar com um responsável técnico médico, registrado no Conselho Regional de Medicina, devendo assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, II)

Parágrafo Único. O responsável técnico poderá fazer parte de equipe mínima assistencial, desde que tenha título de especialista na área da especialidade que acompanha e/ou comprovação de atuação na área por pelo menos 5 (cinco) anos para uma das doenças raras acompanhadas pelo Serviço de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. Para pleitear a habilitação dos estabelecimentos de saúde como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios encaminharão à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20)

I - Resolução da CIR e da CIB ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) contendo: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I)

a) a relação dos estabelecimentos de saúde que realizarão a atenção especializada como Serviço de Atenção Especializada ou Serviço de Referência em Doenças Raras, indicando quais destes realizarão o aconselhamento genético, se necessário; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I, a)

b) a relação dos laboratórios que realizarão os exames diagnósticos, conforme descrito neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I, b)

II - atualização dos dados no SCNES dos estabelecimentos a serem habilitados; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, II)

III - cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o serviço de saúde, quando este não for da rede própria da respectiva secretaria de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, III)

IV - a indicação do(s) eixo(s) assistencial(is) de que trata o art. 12, bem como os grupos de doenças doença(s) para a(s) qual(is) o estabelecimento ofertará a assistência; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, IV)

V - Formulário de Vistoria disponível no Anexo 5 do Anexo XXXVIII , preenchido e assinado pelos respectivos gestores públicos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, V)

VI - titulação dos profissionais da equipe mínima assistencial e do responsável técnico cadastrados no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, VI)

§ 1º Poderá ser habilitado mais de 1 (um) Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras dentro do mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 1º)

§ 2º Na hipótese de ocorrência do disposto no § 1º, será acrescido à equipe mínima um profissional médico para cada Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras excedente, sendo os demais profissionais da equipe mínima comuns a todos os Serviços de Atenção Especializada em Doenças raras habilitados nesse mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 2º)

§ 3º O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou o Serviço de Referência em Doenças Raras que realizar o aconselhamento genético, deverá obedecer aos critérios descritos neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 3º)

Art. 21. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da portaria específica de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VII
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 22. O monitoramento de que trata este Anexo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM

199/2014, Art. 28)

Art. 23. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 29)

Art. 24. Para fins do disposto neste Anexo, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados Anexo XXXVIII; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30, II)

CAPÍTULO VIII
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VIII)

Art. 25. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com doenças raras no âmbito do SUS estarão submetidos à regulação, controle e avaliação pelos respectivos gestores públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 31)

Art. 26. O Ministério da Saúde monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, de acordo com as informações no SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 32)

Art. 27. As Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas neste Anexo, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 33)

Art. 28. O Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS), em conjunto com a CGMAC/DAET/SAS/MS, será responsável pelo monitoramento e a avaliação contínua dos Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras e dos Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 34)

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO IX)

Art. 29. A solicitação dos exames para diagnóstico das doenças raras, conforme descrito neste Anexo, será facultado apenas aos estabelecimentos habilitados como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 35)

Art. 30. As Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do SUS serão disponibilizadas no endereço eletrônico www.portal.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 36)

Art. 31. Os medicamentos e as fórmulas nutricionais incorporados pela CONITEC e constantes dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cuidados das pessoas com doenças raras serão objeto de pactuação tripartite no âmbito da assistência farmacêutica e dispostos em atos específicos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 37)

Art. 32. A APAC emitida para a realização dos procedimentos de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 1 - Anomalias congênitas ou de manifestação tardia, Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual e Eixo I: 3 - Erros Inatos do Metabolismo, terão validade fixa de 3 (três) competências. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38)

§ 1º Na APAC inicial dos procedimentos descritos no "caput" deverá ser registrado o procedimento principal (códigos: 03.01.01.019-6 ou 03.01.01.020-0 ou 03.01.01.021-8) de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras com o quantitativo 1 (um) com os procedimentos secundários realizados. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38, § 1º)

§ 2º A partir da segunda competência (APAC de continuidades), se houver necessidade de novos procedimentos secundários, o procedimento principal de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras deverá ser registrado com o quantitativo zerado e os respectivos procedimentos secundários realizados quantificados, durante o período de validade da APAC. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38, § 2º)

Art. 33. O procedimento de Aconselhamento Genético (código: 03.01.01.022-6) descrito Anexo XXXVIII poderá ser executado por equipe de saúde multiprofissional habilitada para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A)

§ 1º O Aconselhamento Genético envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consulente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 1º)

§ 2º Quando o aconselhamento genético envolver diagnóstico médico, tratamento clínico e medicamentoso, será obrigatória a presença de médico geneticista. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 2º)

§ 3º É obrigatória a elaboração de laudo escrito e assinado pelo profissional responsável que realizou o aconselhamento genético, a ser anexado no prontuário do consulente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 3º)

§ 4º O aconselhamento genético será realizado no SUS apenas nos serviços de saúde definidos e pactuados pelo gestor local com habilitação específica para o referido procedimento (código 32.14), conforme descrito no Anexo 2 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 4º)

Art. 34. Fica incluído na Tabela de Serviços Especializados do SCNES o Serviço de ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (código - 168) com as respectivas classificações, conforme o Anexo 1 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 39)

Art. 35. Ficam incluídas na Tabela de Habilitações do SCNES, Grupo de habilitação 35 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras, as habilitações, conforme definido no Anexo 2 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 40)

Art. 36. Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos referentes à assistência às pessoas com doenças raras no SUS, conforme disposto no Anexo 3 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 41)

Art. 37. Ficam incluídas compatibilidades entre procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS referentes aos procedimentos relativos à assistência às pessoas com doenças raras no SUS, conforme disposto no Anexo 4 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 42)

Art. 38. Ficam alterados na Tabela de Procedimentos do SUS os atributos dispostos no Anexo 6 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 43)

ANEXO 1 DO ANEXO XXXVIII

Serviço Especializado 168 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 1)

SERVIÇO ESPECIALIZADO 168 - ATENÇÃO AS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981/GM/MS, de 2014)

CÓD. SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
168	ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS	001	ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DOENÇAS RARAS	1	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2253*	Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
		002	REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS	1	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
					2251-24	Médico pediatra
					2251-12	Médico neurologista
					2251-25	Médico clínico geral
					2215-10	Psicólogo clínico
					2216-05	Assistente social
				2	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2253*	Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
					2251-24	Médico pediatra
					2251-12	Médico neurologista
					2251-25	Médico clínico geral
					2215-10	Psicólogo clínico
					2216-05	Assistente social
					2237-10	Nutricionista

Os CBOs indicados com asterisco (*) referem-se à possibilidade de inclusão de qualquer código referente a estas famílias de CBO que tenham comprovada experiência na área.

ANEXO 2 DO ANEXO XXXVIII

Tabela de Habilitações para à Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 2)

TABELA DE HABILITAÇÕES PARA À ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981 /GM/MS, de 2014)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	RESPONSABILIDADE

35.01	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I Doença Rara de Origem Genética: 1 - Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia	Centralizada
35.02	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 2- Deficiência Intelectual Associada à Doença Rara	Centralizada
35.03	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 3- Erro Inato do Metabolismo (EIM)	Centralizada
35.04	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 1- Doenças raras inflamatórias	Centralizada
35.05	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 2- Doenças raras infecciosas	Centralizada
35.06	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 3- Doenças raras autoimunes	Centralizada
35.07	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 1- Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia	Centralizada
35.08	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 2- Deficiência intelectual associada a Doenças Raras	Centralizada
35.09	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 3- Erro Inato de Metabolismo (EIM)	Centralizada
35.10	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 3- Doenças raras autoimunes	Centralizada
35.11	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 2- Doenças raras inflamatórias	Centralizada
35.12	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 1- Doenças raras infecciosas	Centralizada
35.13	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 4- Outras Doenças Raras de Origem não Genética	Centralizada
35.14	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 4 - Outras Doença Rara de Origem não Genética	Centralizada
35.15	Serviço de Aconselhamento Genético	Centralizada

Obs: quando existir a habilitação em Erros Inatos do Metabolismo - EIM deverá ser indicado a vinculação do profissional nutricionista (CBO: 2237-10) no estabelecimento o qual irá compor a equipe.

ANEXO 3 DO ANEXO XXXVIII

Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 3)

Procedimento:	03.01.01.019-6 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 1 - Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia
Origem	Novo
Descrição	Consiste na Avaliação Clínica por médico especialista e investigação laboratorial, referentes ao Eixo Doenças Raras Genéticas que cursam com Anomalias Congênitas ou de Manifestações Tardias.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal),
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 800,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 800,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	D82.0, D82.1, E77.8, F70, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, G10, G12, G12.0, G12.1, G12.2, G12.3, G12.8, G12.9, H35.5, Q78.0, Q79.6, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Q82.1, Q96, Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8, Q96.9, Q97, Q97.0, Q97.1, Q97.2, Q97.3, Q97.8, Q97.9, Q98, Q98.0, Q98.1, Q98.2, Q98.3, Q98.4, Q98.5, Q98.6, Q98.7, Q98.8, Q98.9, Q99, Q99.1, Q99.0, Q99.1, Q99.2, Q99.8, Q99.9
Serviço/classificação:	168/001,168/002
Habilitação:	35/01.35/07

Procedimento:	03.01.01.020-0 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual
Origem	Novo
Descrição	Consiste na avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com deficiência intelectual.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal),
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 800,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 800,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	D82.0, D82.1, E70.0, E70.1, E70.2, E70.3, E70.8, E70.9, E75.0, E75.1, E76, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8, E76.9, E77, E77.0, E77.1, E77.8, E77.9, F84.2, G12.0, G12.1, G12.2, G12.8, G12.9, G37.0, G37.1, G37.2, G37.3, G37.4, G37.5, G37.8, G37.9, G71.0, G71.1, G71.2, Q00.0, Q00.1, Q00.2, Q85.0, Q85.1, Q85.8, Q85.9, Q87, Q87.0, Q87.1, Q87.2, Q87.3, Q87.4, Q87.5, Q87.8, Q92.2, Q92.3, Q92.6, Q92.8, Q92.9, Q93.3, Q93.5, Q93.9, Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8, Q96.9, Q99.0, Q99.1, Q99.2, Q99.8, Q99.9
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/02, 35/08

Procedimento:	03.01.01.021-8 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 3 - Erros Inatos do Metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste na avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com Erros Inatos do Metabolismo.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 600,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 600,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	E16.1, E70.0, E70.1, E70.2, E70.3, E70.8, E70.9, E71.0, E71.1, E71.2, E71.3, E72.0, E72.1, E72.2, E72.3, E72.4, E72.5, E72.8, E72.9, E74.0, E74.1, E74.2, E74.3, E74.4, E74.8, E74.9, E75.0, E75.1, E75.2, E75.3, E75.4, E75.5, E75.6, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8, E76, E77.0, E77.1, E77.8, E77.9, E80.0, E80.1, E80.2, E80.3, E80.4, E80.5, E80.6, E80.7, E83.0, E83.1, E83.2, E83.3, E83.4, E83.5, E83.8, E83.9, F70, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9 , G37.0, G37.1, G37.2, G37.3, G37.4, G37.5, G37.8, G37.9, G71.0, G71.1, G71.2, G71.3, G71.8, G71.9, G72.0, G72.1, G72.2, G72.3, G72.4, G72.8, G72.9, E83.0
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/03, 35/09

Procedimento:	03.01.01.022-6 - Aconselhamento genético
Origem	Novo
Descrição	Procedimento que envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consulente, realizado por equipe de saúde multiprofissional capacitada
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA – I
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 100,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 100,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima	01
CBO:	2251-75 Médico geneticista ; 221105 – Biólogo
CID:	Z31.5
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/07, 35/08, 35/09, 35/10, 35/11, 35/12, /35/14, 35/15

Procedimento:	02.02.10.005-7 - Focalização isoelétrica da transferrina
Origem	Novo
Descrição	Consiste em teste pelo método de isoeletrofocalização, para detecção de todos os subtipos de defeitos congênitos da glicosilação tipo I. O agravo é decorrente da deficiência, ou ausência, de carboidratos, secundária à secreção de glicoproteínas, especialmente transferrina sérica, devido à atividade enzimática anormal da fosfomanomutase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.006-5 - Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, digestão com enzimas de restrição específicas, separação dos fragmentos em gel de agarose, transferência para membrana seguida de hibridação com uma ou mais sondas específicas, para detecção de uma determinada sequência e seu tamanho, ou determinação de sua ausência.
Complexidade:	MC - Média Complexidade

Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)o por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.007-3 - Análise de DNA por MLPA
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da hibridização do DNA genômico a uma mistura de sondas específicas para cada uma de diversas regiões estudadas simultaneamente, com amplificação dos produtos de ligação pela técnica de reação em cadeia de polimerase, utilizando um par de primers universal. A visualização dessas amplificações pode ser feita por eletroforese capilar e a análise por programas específicos de genotipagem. A técnica permite detectar deleções e duplicações de genes.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.008-1 - Identificação de mutação/rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da amplificação da sequencia de DNA de interesse por primers específicos, através da ação da enzima DNA polimerase, com visualização em gel após eletroforese (PCR clássico), ou diretamente pela dinâmica da reação de PCR (qPCR), podendo ser antecedida por tratamentos prévios que permitam verificação do estado de metilação (PCR sensível a metilação e qPCR sensível a metilação).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00

Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.009-0 FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
Origem	Novo
Descrição	Técnica usada para verificar a presença ou ausência, o número de cópias e a localização cromossômica de uma sequência de DNA específica tanto nos cromossomos em metáfase quanto nas células em interfase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011- Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.010-3 - Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da hibridação genômica comparativa com milhares de sequências de DNA arranjadas em uma base (array) para detecção de variação no número de cópias de sequências de DNA (perdas ou ganhos de material cromossômico).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.011-1 - Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA seguido do sequenciamento bidirecional pelo método de Sanger

	de uma sequencia de até 500 pares de bases. O método é utilizado para identificação de mutações pontuais, deleções e duplicações de bases.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.012-0 - Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
Origem	Novo
Descrição	Consiste na detecção de glicosaminoglicanos na urina de pacientes suspeitos de mucopolissacaridoses, um erro inato do metabolismo, qualitativamente através de cromatografia de camada delgada, eletroforese ou quantitativamente, através de espectrofotometria.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.013-8 - Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
Origem	Novo
Descrição	Consiste na separação de oligossacarídeos e sialossacarídeos em cromatografia de camada delgada, com identificação de suas bandas para diagnóstico de erros inatos do metabolismo que acumulam esses metabólitos.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00

Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.014-6- Dosagem quantitativa de carnitina, perfil de acilcarnitinas
Origem	Novo
Descrição	Consiste na identificação e quantificação, através da espectrometria de massa, de carnitina e acilcarnitinas em sangue para auxílio diagnóstico em acidemias orgânicas, defeitos de beta-oxidação de ácidos graxos e doenças do metabolismo energético em geral.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02. 10.015-4 - Dosagem quantitativa de aminoácidos
Descrição	Consiste na identificação e quantificação dos aminoácidos em sangue ou urina, através de cromatografia gasosa, cromatografia líquida de alta performance (HPLC) ou espectrometria de massa para diagnóstico de aminoácidopatias.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(S)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.016-2 - Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos
Descrição	Consiste na identificação e quantificação de ácidos orgânicos, por cromatografia gasosa acoplada a espectrometria de massa para auxílio diagnóstico em acidemias orgânicas.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial

Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.017-0. - Ensaios enzimáticos no plasma e leucócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total para medida da atividade enzimática em plasma, leucócitos ou tecido (fibroblasto, tecido hepático, medula óssea, etc.) A ser cultivado, em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente bioquímicas, fluorimétricas, espectrofotométricas, colorimétricas e outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima::	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.018-9 - Ensaios enzimáticos em eritrócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total, separando-se os eritrócitos. A técnica utilizada é, geralmente, fluorimétrica, podendo ainda ser espectrofotométrica ou colorimétrica. Auxilia no diagnóstico de galactosemia, podendo-se dosar tanto a galactose-1-fosfato, quanto a galactose total, além de se fazer o ensaio bioquímico para análise da atividade enzimática da galactose-1-fosfato uridil transferase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos

Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.019-7 - Ensaios enzimáticos em tecido cultivado para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de uma análise bioquímica realizada em tecido cultivado, preferencialmente fibroblasto, coletado através de uma biópsia de pele e cultivado em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente fluorimétricas, espectrofotométricas ou outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais. É útil para o diagnóstico de doenças lisossômicas.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.05.007-6 - Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Descrição	Consiste na análise de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA (individualizado), 07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	MAC
Valor Ambulatorial SA:	R$ 3,70
Valor Ambulatorial Total:	R$ 3,70
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145 005 Exames de uroanálise (Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico) 145/011 - Exames de genética (Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico)
Regra Condicionada	008- Sem valor quando apresentado como APAC secundário tem valor zerado

ANEXO 4 DO ANEXO XXXVIII

Compatibilidade dos Procedimentos Relativos à Assistência à Pessoa com Doença Rara no SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 4)

COMPATIBILIDADE DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA A PESSOA COM DOENÇA RARA NO SUS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
03.0101.019-6	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo I - anomalias congênitas o	02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.006-5	Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.008-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.009-0	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
03.01.01.020-0	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo II - deficiência intelectual	02.02.10.012-0	Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
		02.02.10.013-8	Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.014-6	Dosagem quantitativa de carnitinas, perfil de acilcarnitinas
		02.02.10.015-4	Dosagem quantitativa de aminoácidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.016-2	Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.006-3	Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.009-0	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
03.01.01.021-8	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo III - erros inatos do metabolismo	02.02.05.007-6	Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.012-0	Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
		02.02.10.013-8	Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.014-6	Dosagem quantitativa de carnitinas, perfil de acilcarnitinas
		02.02.10.015-4	Dosagem quantitativa de aminoácidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.016-2	Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.017-0	Ensaios enzimáticos no plasma, leucócitos e tecidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo

		02.02.10.018-9	Ensaios enzimáticos em eritrócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.019-7	Ensaios enzimáticos em tecido cultivado para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.008-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases

ANEXO 5 DO ANEXO XXXVIII

Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação de Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 5)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA SOLICITAR HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981/GM/MS, de 2014)

Nome da Unidade: _____

CNPJ: _____CNES_____

Endereço: _____

Município: _____UF:_____

CEP:_____ Telefones: ( ) _____

Fax: ( ) _____E-mail:_____

Diretor Técnico: _____

Telefones:( )_____Fax:( )_____

E-mail: _____

Gestor: _____Telefones: ( )_____

Fax:( )_____

E-mail: _____

NORMAS ESPECÍFICAS PARA HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS

A) EXIGÊNCIAS GERAIS:

1. Parecer conclusivo do respectivo Gestor (Municipal e/ou Estadual) do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento:

_____

2. Enviou a Resolução da Comissão Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) contendo a relação dos estabelecimentos de saúde que realizarão a atenção especializada como Serviço de Atenção Especializada ou Serviço de Referência em Doenças Raras, no âmbito do SUS, conforme descrito nesta Portaria.

( ) Sim ( ) Não

Informar CIB Nº:_____ Data: _____de _____de_____.

3. Relatório de vistoria da VISA local com parecer conclusivo sobre a habilitação em pauta

( ) Sim ( ) Não

4. Enviou a atualização dos dados do SCNES:

( ) Sim ( ) Não

5. Enviou a cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o serviço de saúde, quando este não for da rede própria da respectiva secretaria de saúde.

( ) Sim ( ) Não

B) EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS:

1. TIPO DE SERVIÇO:

A. ( ) SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DOENÇAS RARAS

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

Eixo II - Doenças Raras de Origem não genética:

( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética

Doença (s): _____

O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, acima assinalado, está indicado pelo Gestor local para realizar o Aconselhamento Genético e preenche todos os requisitos explícitos na Portaria GM nº 199/2014 ( ) Sim ( ) Não

B. ( ) SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS

I - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo dois (2) grupos do eixo de doenças raras de origem genética: 1- anomalias congênitas ou de manifestação tardia associado a doenças raras, 2-deficiência intelectual associada a doença rara, 3- erros inatos do metabolismo associado a doenças raras, ou;

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

II - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo dois (2) grupos do eixo de doenças raras de origem não genética: 1- Doenças Raras infecciosas, 2- Doenças Raras inflamatórias, 3- Doenças Raras autoimunes, 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética; ou ( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética Doença (s): _____

III - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo um (1) grupo do eixo doenças raras de origem não genética e um (1) grupo do eixo de doenças raras de origem genética

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

Eixo II - Doenças Raras de Origem não genética:

( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética

Doença (s): _____

O Serviço de Referência em Doenças Raras, acima assinalado, está indicado pelo Gestor local para realizar o Aconselhamento Genético e preenche todos os requisitos explícitos na Portaria nº 199/GM/MS, de 2014 ( ) Sim ( ) Não

2. INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS:

A. Dispõe de áreas físicas deverão possuir alvará de funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

1. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; ( ) Sim ( ) Não

2. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; ( ) Sim ( ) Não

3. Resolução - RDC nº 306, de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde; ( ) Sim ( ) Não

4. Resolução - ABNT NBR 9050 - Norma Brasileira de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalações e adaptações de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. ( ) Sim ( ) Não

B. Dispõe dos seguintes serviços de apoio diagnóstico:

A. Laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e de exames genéticos, quando necessário ( ) Sim ( ) Não

( ) Próprio ( ) Terceirizado - nº do CNES: _____

B. Serviço de Imagem ( ) Sim ( ) Não

( ) Próprio ( ) Terceirizado - nº do CNES: _____

3. Garante, junto à Rede de Atenção à Saúde, as necessidades de internação (enfermaria e UTI) e cirurgia, que terão seus fluxos regulados conforme pactuações locais.

( ) Sim ( ) Não

4. Para se habilitar como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deve cumprir os seguintes requisitos:

I. Possui equipe mínima assistencial composta por: ( ) Sim ( ) Não

A. Enfermeiro: Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

B. Técnico de enfermagem ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

C. Médico responsável pelo Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras com comprovada experiência na área ou especialidade. ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

Aconselhamento Genético (preencher somente se for realizar o aconselhamento genético) :

a. Possui em sua equipe multiprofissional, o profissional médico geneticista, para realização do Aconselhamento Genético

( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

ou

b. Possui em sua equipe multiprofissional, um profissional com graduação na área da saúde e pósgraduação - mestrado ou doutorado acadêmico na área de Genética Humana ou Título de especialista em Biologia Molecular Humana ou Citogenética Humana, emitidos pela Sociedade Brasileira de Genética ou Titulo de Especialista em Genética, emitido pelo Conselho Federal de Biologia, e comprovação de no mínimo 800 horas de experiência profissional ou estágio supervisionado em Aconselhamento Genético, para realização do Aconselhamento Genético ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

Titulação: _____

II. Conta com um responsável técnico que deve ser médico, registrado no Conselho Regional de Medicina

( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

III. Assume a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS

( ) Sim ( ) Não

IV. Reside no mesmo Município no qual se encontra o Serviço de Atenção Especializada em Doença Rara pelo qual é responsável ou em cidades circunvizinhas.

( ) Sim ( ) Não

A. No caso em que atender mais de uma doença, informar a especialidade do médico com comprovada experiência na área ou especialidade. ( ) Sim ( ) Não

1. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

2. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

3. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

5. Para se habilitar como Serviço de Referência em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deve cumprir os seguintes requisitos:

I. Possui equipe mínima assistencial cada grupo do Eixo I ou do Eixo II atendido pelo Serviço de Referência em Doenças Rara composta por: ( ) Sim ( ) Não

A. Enfermeiro: ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

B. Técnico de enfermagem ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

C. Médico com título de especialista na área da especialidade que acompanha, registrado no Conselho Regional de Medicina e/ou comprovação de atuação na doença rara específica por pelo menos 5 (cinco) anos. ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

D. Médico geneticista

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

E. Neurologista;

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

F. Pediatra (quando atender criança);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

G. Clínico Geral (quando atender adulto);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

H. Psicólogo;

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

I. Nutricionista (quando atender Erros Inatos do Metabolismo);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

J. Assistente Social.

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

II. Conta com um responsável técnico que deve ser médico,

Medicina ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

III. Assume a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS

( ) Sim ( ) Não

IV Reside no mesmo Município no qual se encontra o Serviço de Atenção Especializada em Doença Rara pelo qual é responsável ou em cidades circunvizinhas.

( ) Sim ( ) Não

V. O responsável técnico possui título de especialista na área da especialidade que acompanha e/ou comprovação de atuação na área por pelo menos cinco anos para uma das doenças raras acompanhadas pelo Serviço de Referência.

( ) Sim ( ) Não

ANEXO 6 DO ANEXO XXXVIII

ALTERAÇÕES DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 6)

Alterações da Tabela de Procedimentos do SUS

Código:	Alterar Nome
02.02.05.007-6	Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Incluir:Descrição	Consiste na análise de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)

Incluir: Serviço/Classificação	145/011 - Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)
Excluir: Instrumento de Registro	01-BPA (Consolidado)
Incluir: Instrumento de Registro	06-APAC (Proc.Secundário)
Incluir: Regra Condicionada	006- Sem valor quando apresentado como APAC secundário tem valor zerado

ANEXO XXXIX

Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (Origem: PRT MS/GM 3027/2007)

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), na forma do Anexo 1 do Anexo XXXIX . (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de que trata o art. 1º estará disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde www.saude.gov.br, mais especificamente na área da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Art. 2º)

Art. 3º Os processos administrativos relativos à gestão do SUS serão definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º)

§ 1º Os processos pactuados no âmbito de cada CIB deverão respeitar as diretrizes aprovadas na CIT e os critérios técnicos das portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A CIB terá o prazo de 30 dias para se posicionar. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º, § 2º)

Art. 4º Para a garantia da permanente qualificação do processo de descentralização, será efetuado o desenvolvimento de ações como: (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º)

I - oferta de capacitação das equipes técnicas de estados e de municípios para adequada realização das ações descentralizadas; (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, I)

II - apoio técnico às CIBs, por parte da CIT e do Ministério da Saúde (MS), como forma de estabelecer um processo permanente de qualificação das pactuações em curso; e (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, II)

III - definição das informações estratégicas que devem ser enviadas ao Ministério da Saúde para subsidiar o processo de homologação, monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, III

ANEXO 1 DO ANEXO XXXIX

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Anexo 1)

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)

Apresentação

O presente documento, elaborado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), objetiva apresentar a referida política, que orienta as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas esferas de gestão.

A proposta está fundamentada no programa de governo, na proposta da equipe de transição, nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, no Plano Nacional de Saúde (PNS) e nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como nos dispositivos constitucionais e legais que regulamentam o SUS.

O governo federal tem o compromisso de consolidar a Reforma Sanitária brasileira, ancorada no conceito ampliado de saúde, concebido como qualidade de vida e decorrente da implementação de políticas econômicas e sociais direcionadas ao bem-estar da população, reafirmando as responsabilidades do Estado em relação à proteção social, conforme preceitua o artigo 3º da Lei nº 8.080, de 1990.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 conceitua a seguridade social como um valor social, configurada como um sistema que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (artigo 194). Nesse contexto, o SUS surge como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, eqüidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde.
Entretanto, para que ocorra a efetiva participação social na gestão da saúde, é fundamental que se implementem mecanismos de mobilização dos diferentes sujeitos relacionados ao SUS, fortalecendo a cidadania plena. Formalmente, todos os estados e municípios têm conselhos de saúde; porém, em muitos casos, são frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações, requerendo iniciativas concretas das três esferas de gestão do SUS e da sociedade civil.

A administração federal tem buscado, entre suas prioridades, alcançar maior eficiência, eficácia e efetividade na gestão do Estado. Todavia, o crescente grau de complexidade da institucionalização do SUS, concomitantemente à progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, exige o alcance de maior competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema.

Com o objetivo de reunir diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS, a Secretaria de Gestão Participativa, criada em 2003, foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, quando passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Naquela oportunidade, incorporou-se à SGEP o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), foi instituído o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, transformou-se o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa e, por fim, ampliou-se o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS.

Por oportuno, destaco que tal processo vem contribuindo para a qualificação da administração pública, ampliando-se seu comprometimento com a gestão participativa.

Assim, em continuidade a esse movimento, apresento a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), debatida e aprovada no colegiado do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

1 Introdução

O Estado brasileiro vem enfrentando, energicamente, a lógica da oferta de serviços fragmentados, que advém da visão compartimentada das necessidades sociais, dificultando a apreensão integral das complexas dimensões que compõem o cotidiano dos indivíduos e das coletividades. Tal modalidade de oferta atendia aos interesses corporativistas e produtivistas das "múltiplas prestações de serviços", resultando na criação e manutenção do caos na demanda. Configurava, desta forma, um desvio do objeto da gestão pública, constituindo-se em estratégia disfarçada de privatização do Estado, por meio do esvaziamento do compromisso com a construção da eqüidade na oferta e utilização dos serviços públicos.

A eqüidade a ser construída pelas políticas públicas deve viabilizar a extensão de cobertura de serviços com qualidade em nome da universalidade, que não deve ser confundida com iniciativas que oferecem serviços de baixo custo, precários e de caráter compensatório e focalizante.

A emergência dos movimentos sociais nos anos 70 e 80, associada à mobilização nas universidades e nas organizações de usuários, gestores e trabalhadores da saúde, gerou, de modo pluralista e suprapartidário, as condições sociais e políticas de onde emerge, em meio à luta social, a noção da saúde como direito, assim como os princípios que viriam a servir de base para a criação do SUS.

Neste novo contexto histórico, realizou-se, em 1986, a 8a Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados, que aprovaram as bases do que viria a se constituir numa das principais conquistas sociais do período, o Sistema Único de Saúde, marco da construção democrática e participativa das políticas públicas, principal reforma popular e democrática em curso no Estado brasileiro. Esse amplo processo social gerou um fato inédito e singular: a apresentação de texto para a Assembléia Nacional Constituinte, que consagrava a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de uma emenda popular com mais de cem mil assinaturas. Assim, a participação da sociedade revela-se componente essencial, inerente ao processo da Reforma Sanitária Brasileira e sua marca emblemática.

Como conseqüência deste intenso processo, a Constituição Federal de 1988 incluiu a Saúde no Capítulo da Seguridade Social. Os artigos 196 a 200 introduzem grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a eqüidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde. Com isto, ficam estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS. Outro ponto que merece destaque é que as ações e os serviços de saúde são definidos como de relevância pública.

Em continuidade ao processo de construção do SUS, o texto constitucional foi detalhado nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), composta pelas Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Entre tantos pontos importantes, esta legislação definiu os mecanismos de participação popular/controle social e as competências das três esferas de governo.

As especificidades da área da saúde no Brasil fazem com que o debate acerca da função, do vínculo, dos resultados e das finalidades da implantação de toda e qualquer ação seja efetivada com base nos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na universalidade, eqüidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular. Tais princípios e diretrizes devem ser discutidos e incorporados na formulação de políticas dessa natureza.

Nesse contexto, o município deve ser valorizado como lócus de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade. A articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual, conformando um modelo regionalizado, representa a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde.

As bases do movimento da Reforma Sanitária, efetivadas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, apontaram o rumo da construção do modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades e demandas da população por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Como a realidade das regiões do país é bastante diversificada, em função da dinâmica sociopolítica e cultural e da amplitude geográfica, as demandas, necessidades e potencialidades podem variar, tornando fundamental a estratégia da descentralização. A regionalização cooperativa, contida no Pacto pela Saúde, firmado pelas três esferas do SUS, visa garantir o enfrentamento das iniqüidades com integralidade e racionalidade.

Esta tarefa exige o esforço de desencadear ações de educação em saúde que operem no sentido de ampliar a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Ao mesmo tempo, implica tornar visíveis as mudanças que vêm ocorrendo no SUS, a partir da concepção das equipes multiprofissionais de saúde, da intersetorialidade, da integralidade e do acolhimento.

A integralidade do cuidado à saúde e a humanização no SUS representam campos nos quais é possível a construção da autonomia das pessoas como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro de todo o processo de organização das práticas, pois possibilitam o encontro entre a necessidade e o desejo da população, com a lógica que orienta e preside as respostas institucionais. Por tudo isso, são consideradas políticas estruturantes para a gestão do SUS. Além disso, o atual governo acolheu as demandas oriundas de diferentes grupos relacionados com ações intersetoriais de inclusão social (populações negra e quilombolas, populações do campo e da floresta, população de gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros e travestis – GLBTT, ciganos, população em situação de rua e outros), gerando comitês técnicos que articulam governo e sociedade civil, mas que ainda não contavam com uma adequada estruturação.

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças.

Igualmente, é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo. Torna-se necessário, também, aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS.

A auditoria no âmbito do SUS, nesse novo contexto, vem passando por um processo de mudança de conceitos, normas e procedimentos, substituindo antigas práticas voltadas para a assistência individual e focadas no erro, reforçando a preocupação com o acompanhamento dos serviços de saúde, das ações preventivas, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados, contribuindo para a garantia do acesso e da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, pautada na visão do coletivo.

O “Monitoramento, Avaliação e Controle da Gestão do SUS”, uma das Metas Presidenciais sob responsabilidade do Ministério da Saúde, dá concretude a uma lacuna referente à qualificação da gestão do Sistema, além de ser um exemplo importante da necessidade de integração entre as áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, pois mantém estreita relação com os demais departamentos citados.

Assim, a gestão estratégica e participativa encontra-se presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. A criação da SGEP, com seus quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS resulta desse movimento. Estas estruturas representam áreas de atuação complementar, devendo atuar de forma integrada, com maior racionalidade e ganho de eficácia, evitando duplicidade de ações ou conflito de competências.

A criação da SGEP representa ousada inovação no desenvolvimento dos processos participativos e aperfeiçoamento da democracia do Estado. A SGEP tem a responsabilidade de acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS.

2 Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Além do estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS tem por base os seguintes princípios e diretrizes:

Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, eqüidade, integralidade e participação social.

Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.

Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à eqüidade no exercício do direito à saúde.

Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes.

Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.

Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde.

Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS.

Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde.

Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

3 Componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida.

Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

As práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da eqüidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS compreende os componentes a seguir discriminados.

3.1 A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS

As conquistas populares no Brasil têm apresentado trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas conferências e nos conselhos de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tornou-se um marco por ter discutido o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte. As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª à 12ª, reafirmam como indispensáveis a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde afirma a necessidade de “Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos”.

Nesse processo, algumas propostas emanadas das conferências devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS:

Garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais – assegurando aos mesmos dotação orçamentária própria.

Consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos conselhos, com composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros.

Reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, considerados atores estratégicos para a gestão participativa.

Aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão.

Uma estratégia em desenvolvimento pela Secretaria está permitindo a construção do ParticipanetSUS, um sistema composto pelo cadastro, perfil e indicadores de avaliação dos conselhos de saúde, que visa identificar as principais questões relacionadas ao funcionamento dos conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros. O diagnóstico construído evidencia que, apesar dos significativos avanços em sua ação, quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, os conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, como o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; precárias condições operacionais e de infraestrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; dificuldade e desmobilização para a formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados.

Para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos, nos seguintes tipos:

Mecanismos institucionalizados de controle social, representados pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos conselhos regionais, bem como conferências e plenárias regionais.

Processos participativos de gestão, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem-se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, nas três esferas de governo.

Instâncias de pactuação entre gestores, como as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), envolvendo representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que conta com representantes do Ministério da Saúde, além dos representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, constituindo espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS.

Mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares.

Processos de educação popular em saúde desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS.

Reconstrução do significado da educação em saúde que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS.

Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersetorialidade) caracterizando o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e da sociedade civil, que atuam na produção social da saúde.

Este conceito ampliado de gestão participativa está estreitamente relacionado com as demais áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: os mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações da população, valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema, representados

pelas ouvidorias do SUS; os mecanismos participativos de monitoramento e avaliação da gestão, das ações e dos serviços de saúde; e as ações de auditoria que desencadeiam medidas para o aprimoramento da gestão do SUS, de forma eficaz e efetiva, nas três esferas de governo.

Assim, o fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da eqüidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão. Deve-se, assim, estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na Saúde.

Todas essas formas que promovem a participação social e caracterizam a gestão participativa do SUS têm pela frente a tarefa de se apropriar da construção de novos modelos de atenção e gestão da saúde, regido sob a lógica das necessidades, demandas e direitos de toda a população.

O Pacto pela Saúde é a reafirmação da importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação. Além de analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), correspondente a sua esfera, os conselhos de saúde têm um papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo plano de saúde, que deve ter coerência com o TCG. Anualmente, os conselhos de saúde farão, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos planos de saúde, a partir do que foi acordado no Termo de Compromisso.

3.2 Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Diante da complexidade do processo de construção de um modelo de atenção à saúde voltado à qualidade de vida, modelo reiteradamente reforçado pelas Conferências Nacionais de Saúde (especialmente 10a, 11a e 12a), as dimensões de monitoramento e avaliação devem, necessariamente, buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coletivos, também os indicadores da desigualdade e iniqüidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas.

A preocupação com as ações de monitoramento e avaliação é crescente desde a criação do Sistema Único de Saúde, com diversos movimentos visando ao estabelecimento de conceitos, metodologias e práticas. Em 2000, em meio às reformas neoliberais em curso, o tema foi objeto de uma publicação polêmica da Organização Mundial da Saúde (OMS), que teve o mérito de gerar um intenso debate que realçou outros processos em desenvolvimento na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), uma das unidades regionais da própria OMS, e em países como Reino Unido, Canadá e Austrália, atentos a questões como as da eqüidade, as dimensões sociais do processo saúde-doença e a reorganização dos serviços e ao direito à saúde.

No Brasil, merece destaque o projeto PRO-ADESS (maiores informações poderão ser obtidas em www.proadess.cict.fiocruz.br) que reuniu pesquisadores de diversas instituições ligadas à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), produzindo importantes contribuições metodológicas e conceituais, no sentido de:

a) compreender, monitorar e avaliar as inter-relações e os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a eqüidade no desempenho do SUS;

b) melhorar a formulação das políticas;

c) monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil; e

d) criar instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação destinados aos municípios, aos estados e à esfera federal, bem como mecanismos de acesso e difusão da informação e de formação permanente, voltados aos gestores, trabalhadores e usuários, em especial aos membros dos conselhos de saúde.

Para o monitoramento e avaliação de processos e resultados, são fundamentais os indicadores de estrutura, em especial no que se refere a recursos alocados, condução financeira e seu impacto nas metas e indicadores de saúde. O crescente desenvolvimento de ações de cooperação técnica e financeira entre União, estados e municípios vem evidenciando a necessidade de novos mecanismos de controle, interno e externo, que ampliem o papel exercido pelos mecanismos de controle social. Sendo assim, o problema da prestação de contas insere-se numa questão maior, envolvendo outros órgãos como a Secretaria Federal de Controle, da Controladoria-Geral da União (SFC/CGU), demonstrando a necessidade e a importância desse componente nas atividades de monitoramento e avaliação.

Monitoramento pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos.

Fruto de um intenso debate promovido pelo Ministério da Saúde, entre 2003 e 2005, envolvendo diversos órgãos, evidenciou-se a necessidade de uma estrutura que assumisse as tarefas de articulação, apoio e difusão das ações de monitoramento e avaliação que se encontram em curso nas diversas secretarias do Ministério da Saúde e demais unidades, bem como nas outras esferas do SUS, motivando a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, integrando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Uma das primeiras tarefas do novo departamento está sendo a preparação da publicação Painel de Indicadores do SUS, editada pela SGEP/MS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que tem como objetivo estimular a participação social e apoiar a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, rumo à consolidação do SUS.

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da eqüidade e da qualidade em saúde.

Outra ação em desenvolvimento, em articulação com as diferentes áreas do MS, é a regulamentação do monitoramento do Pacto pela Saúde. Este deve ser um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem os Termos de Compromisso de Gestão e os cronogramas pactuados, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de apoio para a qualificação do processo de gestão. Além disso, o Pacto pela Saúde estabelece diversas atribuições e responsabilidades das três esferas de gestão, em relação a monitoramento e avaliação, indicando a necessidade de articulação entre elas.

Nesse sentido, mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo-se a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

3.3 A Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria-Geral do SUS foi criada em 2003, tendo como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, apresentou, entre suas contribuições para a construção da Política Nacional de Ouvidorias do SUS, as seguintes propostas:

Criar e implementar, nas três esferas de governo, um processo de escuta contínua e interlocução entre usuários do SUS, por intermédio de serviços telefônicos gratuitos.

Desenvolver ampla pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e profissionais do SUS, quanto aos serviços e atendimento no âmbito do SUS.

Utilizar o instrumento de ouvidoria para fortalecer o controle social e a gestão participativa.

As ouvidorias são canais democráticos de comunicação, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. Por meio da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS), é papel da Ouvidoria efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. As ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social. As ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão.

O processo de avaliação tem caráter permanente e funciona a partir da perspectiva do usuário do SUS, contribuindo efetivamente para o aperfeiçoamento gradual e constante dos serviços públicos de saúde. As experiências de ouvidorias do SUS implantadas na União, estados e municípios contribui para a construção do Sistema Nacional de Ouvidorias, com vistas à descentralização do serviço e à identificação das reais necessidades da população. É imprescindível o compromisso dos gestores na tarefa de promover e estruturar canais abertos e acessíveis de comunicação com a população.

A implementação de uma ouvidoria bem estruturada e articulada com as três esferas de governo em conjunto com a comunidade, que insere o usuário no processo da administração das ações e serviços de saúde oferecidos pelo Estado, contribuirá para o apontamento e a identificação da necessidade de ajustes, criação e/ou extinção de mecanismos de gestão, programas, serviços e gerência das estruturas componentes do SUS. Portanto, a partir do momento em que esse usuário se manifesta, no exercício de sua cidadania, torna-se necessário criar meios acessíveis de interação entre os gestores e a população.

Em 2005, foi dado um passo importante no sentido da construção da Política Nacional de Ouvidorias do SUS, com a definição de suas diretrizes, de forma pactuada e com ampla participação.

A proposição de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, estruturado no interior da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, deve atuar de forma auxiliar e complementar, considerando as estruturas já institucionalizadas, tais como os conselhos de saúde, as comissões intergestores, as corregedorias e o Sistema Nacional de Auditoria.

É importante registrar que o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges) incorporou e vem estruturando os serviços “Disque Saúde” do Ministério da Saúde (Central de Atendimento Telefônico de Discagem Direta Gratuita/DDG), atualmente unificados no 0800-61-1997, com o intuito de facilitar o acesso e para melhor atender ao cidadão-usuário. Além disso, o Doges desenvolve parcerias com outros órgãos do Ministério da Saúde, como o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além de outras estruturas da esfera federal, como a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Além desse atendimento, a Ouvidoria conta com uma área técnica especializada que realiza o trabalho de captação, acompanhamento e encaminhamento das demandas e informações provenientes dos serviços 0800; das correspondências espontâneas enviadas pelo cidadão-usuário à Presidência da República, ao Gabinete do Ministro e ao próprio Doges; de correspondências eletrônicas (Portal da Saúde/MS); do atendimento pessoal e das pesquisas de satisfação do usuário do SUS. Todas essas alternativas de atendimento viabilizam um canal permanentemente aberto entre o cidadão e o Ministério da Saúde.

O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS vem propiciando espaços de discussão para a construção, de forma pactuada, das diretrizes para a Política Nacional de Ouvidoria do SUS, por intermédio da promoção de convênios com vários estados e municípios, bem como investindo na organização de mecanismos de integração das ouvidorias, incluindo o esboço legal de um sistema nacional de ouvidoria e do desenvolvimento de uma ferramenta informatizada – o Ouvidor-SUS – destinada a ampliar e otimizar o atendimento das demandas provenientes da população, trabalhando dessa forma, a perspectiva de descentralização.

A sociedade brasileira passou a adotar, principalmente na busca por seus direitos em saúde, uma atitude nitidamente mais crítica e consciente, portanto a Ouvidoria-Geral do SUS é um instrumento da democracia participativa que trabalha na perspectiva de contribuir ativamente para ampliar a participação dos cidadãos, de forma a fortalecer as

estratégias da gestão participativa, ampliando o processo do controle social, valorizando as opiniões geradas pelos usuários do SUS.

3.4 A Auditoria do SUS

A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Conceitualmente, a auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), órgão central do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), tem-se caracterizado como um órgão relevante de controle interno no âmbito do SUS, a partir de mudanças conceituais, normativas e operacionais, em consonância com seus princípios e diretrizes, alterando a lógica da produção/ faturamento para a lógica da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados.
A nova concepção de saúde, pautada em princípios inerentes ao campo dos direitos humanos e sociais, exige dos técnicos e gestores da área, mudanças no sentido de apropriar novos conhecimentos, aprimorar e desenvolver novas técnicas, definindo padrões na forma de pensar e fazer auditoria.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), em seu art. 16, inciso XIX, atribui à direção nacional do SUS competência para estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e o Distrito Federal.

A Lei nº 8.689/1993, que instituiu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), define, no art. 6º, como competência precípua do SNA, a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS. Destaca que a concretização do SNA deverá se dar de forma descentralizada por meio dos órgãos estaduais, municipais e da representação do Ministério da Saúde em cada estado da Federação, expressando assim a sua dimensão técnica e política.

O SNA, além de exercer as atividades de controle das ações e serviços de saúde, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, deve proceder à avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade, bem como realizar auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial, como estabelece o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Ao receber a demanda e/ou após avaliar a necessidade de realizar a ação, é gerada uma tarefa no Sistema de Auditoria (Sisaud), norteando a atividade a ser desencadeada. Após esse procedimento, programa-se a ação, define-se o período de execução e designa-se a equipe responsável, cabendo a esta a emissão do correspondente relatório, que será o produto da análise e do cruzamento de dados gerados pelos diversos sistemas de informações do MS e de outras fontes e da verificação in loco da realidade concreta.

Cabe ao Denasus, além da realização de auditorias, o fortalecimento dos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, visando unificar os processos e práticas de trabalho para os três entes federativos, bem como contribuir para o aperfeiçoamento organizacional, normativo e de recursos humanos dos órgãos que compõem o SNA. Isto ocorre por meio de mecanismos que busquem maior interação e troca de informações entre seus componentes, possibilitando um diagnóstico mais preciso das necessidades de desenvolvimento e ações de capacitação de recursos humanos para a assunção das responsabilidades em cada nível de gestão.

Finalmente, o SNA deve atuar orientado, também, pelos resultados do monitoramento implementado pelas áreas finalísticas; pelos indicadores de avaliação; pelos pontos relevantes e fatores de riscos evidenciados por auditorias anteriores; pelas demandas originadas dos conselhos de saúde, movimentos sociais, do cidadão, de outros órgãos de controle e pelas prioridades governamentais, retroalimentando a gestão do SUS.

Assim, as ações de auditoria estão voltadas para o diagnóstico e a transparência, estimulando e apoiando o controle social, possibilitando o acesso da sociedade às informações e resultados das ações do SNA e consolidando a auditoria como instrumento de gestão.

Integra o Sistema Nacional de Auditoria uma Comissão Corregedora Tripartite composta por representantes da direção nacional do SUS, do Conass e do Conasems, conforme disposto no Decreto nº. 1.651, de 28 de setembro de 1995, cujas competências foram definidas pelo respectivo decreto e pela Portaria nº 2.123, de 30 de agosto de 2007.

4 Ações a Serem Desenvolvidas

Neste item são apresentadas as ações a serem desenvolvidas no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

1. Implementação da Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Eqüidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniqüidade:

a) Combate às iniqüidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBTT – gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis e, em situação de rua, cigana, entre outras;

b) Promoção de espaços de discussão e de fomento ao combate às iniqüidades em saúde nos níveis loco-regionais;

c) Sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da eqüidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde;

d) Ampliação do acesso às populações negra, do campo e da floresta, GLTTB em situação de rua, cigana, entre outras, aos serviços e ações de saúde em articulação com os gestores;

e) Promoção de educação em saúde e controle social.

2. Brasil Quilombola:

a) Promoção da eqüidade na atenção à saúde da população quilombola;

b) Estabelecimento do recorte racial na política da saúde, nos aspectos relacionados à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do SUS;

c) Atenção à saúde das populações quilombolas.

3. Aprimoramento das Instâncias e Processos de Participação Social no SUS:

a) Realização da Conferência Nacional de Saúde;

b) Capacitação contínua de conselheiros de saúde;

c) Criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informação entre conselheiros de saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem sucedidas destes conselhos;

d) Aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e busca de novos canais de escuta da população;

e) Implantação de conselhos de gestão participativa nos estabelecimentos de saúde federais e municipais;

f) Intersetorialidade adotada como prática de gestão;

g) A disseminação de experiências bem sucedidas de gestão participativa em saúde deverá ser consolidada em uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições;

h) Implantação de ouvidorias no SUS e implementação de práticas de ausculta dos usuários, profissionais e gestores.

4. Gestão da Política de Saúde

Implementação de práticas de gestão estratégica com ações de auditoria do SUS e de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

5. Consolidação do Processo de Reforma Sanitária no País Realização de conferências temáticas e divulgação dos resultados, em parceria com o CNS.

6. Fortalecimento da Gestão do Trabalho no SUS

a) Promoção de conhecimento sobre o SUS, sua organização, acesso, responsabilidades de gestão e direitos dos usuários;

b) Implementação da educação permanente para o controle social no SUS.

7. Qualificação e Humanização na Gestão do SUS

Organização de instâncias que possibilitem a ausculta sistemática de profissionais de saúde.

5 Atribuições e Responsabilidades das Esferas de Gestão

As atribuições e responsabilidades dos gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, têm como base o Pacto pela Saúde.

5.1 Atribuições e Responsabilidades do Gestor Federal

Na esfera federal, o órgão responsável pela coordenação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS é a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com seus quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS. São atribuições do SGEP:

1. Acompanhar e apoiar os municípios, os estados e o Distrito Federal na elaboração dos respectivos componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

2. Propor, coordenar e apoiar a implementação da Política Nacional de Gestão Participativa, bem como o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

3. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

4. Apoiar os conselhos estaduais e municipais de saúde, que deverão ser organizados em conformidade com a legislação vigente;

5. Promover, em parceria com o CNS, a realização de conferências nacionais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências estaduais e municipais de saúde, inclusive com apoio técnico e financeiro.

6. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros nacionais nas conferências nacionais de saúde e na plenária nacional dos conselhos de saúde.

7. Apoiar o processo de a educação permanente dos conselheiros nacionais, estaduais, municipais e dos conselheiros de gestão participativa.

8. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

9. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.

10. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde.

11. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

12. Fomentar pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

13. Colaborar com as demais áreas do Ministério da Saúde, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, na identificação das iniqüidades, oportunidades e recursos.

14. Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais, apoiando os comitês nacionais de eqüidade em saúde.

15. Contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.

16. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a eqüidade inter-regional e interestadual.

17. Apoiar o funcionamento dos colegiados de gestão regionais, inclusive os das regiões de saúde fronteiriças.

18. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, construindo, nesse processo, o plano nacional de saúde a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

19. Incentivar a participação da sociedade na construção das políticas intersetoriais, inclusive quanto ao financiamento dos mesmos, bem com de sua execução objetivando impactar de forma positiva nos determinantes sociais da saúde.

20. Disponibilizar o resultado das ações da SGEP ao CNS.

21. Colaborar na elaboração do relatório de gestão anual do Ministério da Saúde, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

22. Acompanhar o gerenciamento dos sistemas de informação, bem como colaborar na divulgação de informações e análises.

23. Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de monitoramento, avaliação e auditoria dos serviços vinculados ao SUS.

24. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

25. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de monitoramento e avaliação, articulando as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde, especialmente as relativas:

a) à aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

b) ao cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

c) à implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

d) ao acompanhamento da atenção básica, nas demais esferas de gestão;

e) às ações de vigilância em saúde, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

f) ao desempenho das redes regionais e de referências interestaduais.

26. Coordenar a implantação do componente nacional do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes estaduais e municipais.

27. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

28. Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

29. Criar um fluxo de relação entre o controle social e a ouvidoria.

30. Apoiar o desenvolvimento e a pactuação de políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.

31. Colaborar no fortalecimento da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal.

32. Articular esta Política da SGEP – ParticipaSUS, com as demais políticas do Ministério da Saúde, inclusive com a de Comunicação.

5.2 Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Estaduais e do Distrito Federal

1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação abrangendo as diversas áreas da SES, acompanhar e apoiar as SMS do respectivo estado no desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação e monitorar os municípios e os consórcios intermunicipais de saúde.

2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

4. Promover atividades de educação e comunicação e apoiar as desenvolvidas pelos municípios.

5. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros de saúde.

6. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o Plano Estadual de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

10. Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.

11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível estadual, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

12. Coordenar a implantação do componente Estadual de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes municipais.

13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, bem como auditar os sistemas municipais de saúde e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde.

16. Viabilizar a participação dos conselheiros estaduais nas conferências estaduais de saúde e na plenária estadual dos conselhos de saúde, bem como os delegados da respectiva UF eleitos para participar das conferências nacionais de saúde.

17. Promover, em parceria com o CES, a realização das conferências estaduais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências municipais de saúde.

18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional.

19. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

5.3 Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Municipais

1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação, abrangendo as diversas áreas da SMS.

2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

4. Assumir responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de educação e comunicação, no âmbito local.

5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros municipais e dos conselhos de gestão participativa.

7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o plano municipal de saúde e submetendo-o à aprovação do conselho municipal de saúde.

8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do conselho municipal de saúde.

9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

10. Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de

populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.

11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

12. Coordenar a implantação do componente Municipal de Auditoria do SUS.

13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do Conselho Municipal de Saúde(CMS).

16. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros municipais nas conferências municipais e estaduais de saúde.

17. Promover, em parceria com o CMS, a realização das conferências municipais de saúde.

18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional.

19. Implementar ouvidoria municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, em consonância com as diretrizes nacionais.

20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

ANEXO XL

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Origem: PRT MS/GM 198/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Art. 1º, caput)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Art. 2º Ficam instituídas as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 3º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º)

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º, § 2º)

Art. 4º Os Colegiados de Gestão Regional são as instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 3º)

Parágrafo Único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 5º São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º)

I - construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (de sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, I)

II - submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, II)

III - pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais Municípios de sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, III)

IV - incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde de sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, IV)

V - acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, V)

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, VI)

Art. 6º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º)

I - gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, I)

II - trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, II)

III - instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, III)

IV - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo LXXXV da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 7º São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º)

I - apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, I)

II - articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além dos critérios e diretrizes referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, II)

III - incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, III)

IV - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, IV)

V - apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, V)

Art. 8º A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 7º)

Parágrafo Único. Nenhum Município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional (CGR), deverá ficar sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 9º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 8º)

Art. 10. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, formada por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º)

I - representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, I)

II - gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, II)

III - um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme o art. 6º. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, III)

Art. 11. São atribuições dessa Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10)

I - assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, I)

II - estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando à integração das propostas; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, II)

III - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constantes do Plano Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, III)

Art. 12. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11)

I - elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, I)

II - definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o Estado; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, II)

III - pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, III)

IV - homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, IV)

V - acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, V)

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, VI)

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão transferidos aos fundos estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios, conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 13. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12)

I - definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, I)

II - aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, II)

III - acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, III)

Art. 14. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 13)

Parágrafo Único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do Anexo LXXXVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 15. Anualmente, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 14)

Art. 16. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 15)

Art. 17. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 16)

Art. 18. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20)

I - organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação técnica/graduação/especialização; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, I)

II - elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, II)

III - orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, III)

IV - qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, IV)

V - instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, V)

Art. 19. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21)

I - planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, I)

II - estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, II)

III - articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, III)

Art. 20. A Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem por atribuição formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde, e será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 22)

CAPÍTULO II
DOS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS

Art. 21. A condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão) com as funções de: (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, I)

II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas); (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, III)

IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, IV)

V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, V)

VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, VI)

VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, VII)

Art. 22. Poderão compor os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS: (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º)

I - gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, I)

II - instituições de ensino com cursos na área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, II)

III - escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, III)

IV - núcleos de saúde coletiva; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, IV)

V - hospitais de ensino e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, V)

VI - estudantes da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VI)

VII - trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VII)

VIII - conselhos municipais e estaduais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VIII)

IX - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. Outras instituições poderão pedir sua integração, cabendo ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 23. O Colegiado de Gestão de cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será composto por representantes de todas as instituições participantes e poderá contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Polo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 3º)

Art. 24. Nos Estados com vários Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 4º)

Parágrafo Único. Poderá ser criado um Colegiado ou Fórum dos Polos. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 25. Cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será referência e se responsabilizará por um determinado território, que a ele se vinculará para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 5º)

Parágrafo Único. A definição dos territórios locorregionais se fará por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovação no Conselho Estadual de Saúde em cada Estado, não podendo restar nenhum município sem referência a um Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 26. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pela esfera federal, será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 6º)

Parágrafo Único. A principal mobilização de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS será destinada à implementação dos projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Polo, CIB e CES de cada Estado, assegurando as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 6º, § 2º)

Art. 27. Os projetos apresentados pelos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS serão acreditados pelo Ministério da Saúde, de acordo com as "Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor" (Anexo 1 do Anexo XL), produzidas em conformidade com os documentos aprovados no Conselho Nacional de Saúde e os documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 7º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde oferecerá o acompanhamento e assessoramento necessários para que todos os projetos apresentados contemplem as diretrizes de validação previstas e os critérios pactuados para tanto, de forma a assegurar que nenhum projeto seja excluído. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III
DA COMISSÃO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS

Art. 28. Fica instituída a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a pactuação interinstitucional e intersetorial em torno das diretrizes políticas gerais da educação permanente em saúde no âmbito do SUS, bem como de seu acompanhamento e proposição das diretrizes de avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 1º) (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 8º)

Art. 29. São atribuições da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º)

I - propor prioridades, métodos e estratégias para a integração entre ensino das profissões da saúde, gestão do SUS, serviços de saúde e participação popular na saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, I)

II - propor estratégias e métodos de articulação com os órgãos educacionais e do SUS, bem como com entidades representativas da formação de recursos humanos na área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, II)

III - contribuir técnica e operacionalmente com a formulação e avaliação da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, III)

Art. 30. A Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde será composta pelos seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I)

a) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, a)

b) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, b)

c) Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, c)

II - Ministério da Educação: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II)

a) Secretaria de Ensino Superior; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II, a)

b) Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II, b)

III - Conselho Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, V)

VI - Fórum de Pró-Reitores de Extensão; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VI)

VII - Fórum de Pró-Reitores de Graduação; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VII)

VIII - Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII)

a) Associação Brasileira de Educação Médica; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, a)

b) Associação Brasileira de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, b)

c) Associação Brasileira de Ensino de Psicologia; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, c)

d) Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, d)

IX - Movimento Estudantil da Área da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX)

a) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, a)

b) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, b)

c) Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, c)

X - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, X)

XI - Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, XI)

Parágrafo Único. A Comissão poderá convidar outros técnicos e dirigentes para participarem de suas reuniões, em função da especificidade do tema a ser tratado. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 31. A coordenação dos trabalhos da Comissão ficará a cargo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, que oferecerá o apoio técnico e operacional necessário à realização dos trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 4º)

Parágrafo Único. A Comissão terá autonomia para a determinação de subgrupos, de acordo com temas e necessidades do trabalho. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL COM O OBJETIVO DE PROMOVER MEDIDAS QUE GARANTAM O SUPORTE TÉCNICO-ADMINISTRATIVO NECESSÁRIO AO DESENVOLVIMENTO DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (UNA-SUS)

Art. 32. Fica instituída Comissão Interinstitucional com o objetivo de promover medidas que garantam o suporte técnico-administrativo necessário ao desenvolvimento da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º)

I - Colegiado Institucional formado por cinco membros, sendo: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I)

a) 2 (dois) membros indicados pelo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, a)

b) 2 (dois) membros indicados pelo Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, b)

c) 1 (um) membro indicado pelo representante da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, c)

II - Secretaria-Executiva formada por técnicos nomeados pelo Ministro da Saúde, composta por: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II)

a) Assessor Técnico Principal; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II, a)

b) Coordenador Administrativo pela FIOCRUZ; e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II, b)

Art. 33. O Colegiado Institucional será presidido pelo Secretário da SGTES/MS que, de comum acordo com o Presidente da FIOCRUZ, proverá os meios e recursos para o funcionamento da Secretaria-Executiva da UNA-SUS. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Cooperação Técnica da OPAS/OMS será promovida no contexto dos Termos de Cooperação nº 41 e nº 57. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 34. São atribuições da Secretaria-Executiva: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º)

I - coordenar um processo de fortalecimento institucional da UNA-SUS que assegure a execução e a sustentabilidade de seu programa de trabalho, mediante decisões homologadas pelo Colegiado Institucional; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, I)

II - articular as diversas instâncias da SGTES/MS, da FIOCRUZ e da OPAS/OMS envolvidas com a implantação e fortalecimento da UNA-SUS, visando dotá-la do instrumental técnico e administrativo necessário para a execução de seu programa de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, II)

III - apoiar tecnicamente a UNA-SUS em suas articulações com as diversas Secretarias do Ministério da Saúde, com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com as Instituições do Sistema Educacional, executoras das políticas voltadas para qualificação da força de trabalho em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, III)

IV - propiciar apoio às equipes técnicas encarregadas do programa de trabalho da UNA-SUS, em sua atuação junto às instituições acima referidas, visando à execução de ações de forma articulada e descentralizada. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, IV)

CAPÍTULO V

DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Art. 35. Fica instituída a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 827/2004, Art. 1º)

Art. 36. A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, tem as seguintes funções: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º)

I - debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, I)

II - sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, II)

III - sugerir iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, III)

Art. 37. A CRTS terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º)

I - 8 (oito) representantes do Ministério da Saúde, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I)

a) o Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, a)

b) o Coordenador-Geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, que atuará como Coordenador Adjunto; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, b)

c) 2 (dois) representantes do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, sendo: um da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde; e um da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, c)

d) 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, e)

II - 2 (dois) representantes do Ministério da Educação, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II)

a) 1 (um) representante da Secretaria de Educação Média e Tecnológica; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II, a)

b) 1 (um) representante da Secretaria de Educação Superior. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II, b)

III - 1 (um) representante do Ministério do Trabalho e Emprego; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, III)

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante de cada um dos Conselhos integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VII)

VIII - 4 (quatro) representantes de entidades científicas das profissões da área de saúde, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII)

a) 1 (um) representante da Associação Médica Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, a)

b) 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, b)

c) 2 (dois) representantes por designação das entidades nacionais dos trabalhadores da área de saúde que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, c)

IX - 2 (dois) representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. À exceção dos representantes individuados pelo inciso I deste artigo, os demais integrantes da Câmara serão livremente designados por meio de expediente subscrito pelos representantes legais dos órgãos e das instituições representadas. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 38. Compete ao Coordenador da CRTS a indicação do Secretário-Executivo e do Relator Geral da Câmara. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 3º)

Art. 39. A Câmara de Regulação contará com dois assessores técnicos, indicados pelo seu Coordenador, para assisti-la na consecução dos seus trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 4º)

Art. 40. Quando necessário, a CRTS poderá convidar especialistas ou instituições para participarem de discussões específicas, considerando o notório saber dos convidados sobre os assuntos. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 5º)

Art. 41. A CRTS poderá realizar audiências públicas para disseminar o debate sobre temas de sua pauta de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 6º)

Art. 42. As reuniões da CRTS ocorrerão ordinariamente uma vez a cada três meses e, extraordinariamente, sempre que convocadas pelo seu Coordenador. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 7º)

Art. 43. Os integrantes da CRTS serão notificados da realização de suas reuniões por meio eletrônico ou por ofício enviado pelo seu Coordenador, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º)

Parágrafo Único. A notificação deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único)

I - a proposta de pauta da reunião; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - o local, a data e a hora em que a reunião se realizará. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

Art. 44. A reunião da CRTS somente será realizada se presente a maioria absoluta dos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º)

§ 1º Os trabalhos da reunião acontecerão no horário das dez às dezessete horas, podendo estender-se por decisão da Câmara. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A verificação do quórum de instalação da reunião será realizada 15 (quinze) minutos após a hora prevista para seu início. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º, § 2º)

Art. 45. A ata da reunião da CRTS será redigida pelo seu Relator Geral e subscrita, na reunião seguinte, por todos os representantes que dela participaram, após a leitura e aprovação do seu texto. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 10)

Parágrafo Único. Uma minuta da ata de que trata o caput deste artigo deverá acompanhar a notificação da reunião seguinte. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 46. Os consensos construídos na CRTS referentes às atribuições que lhes são conferidas pelo art. 36 serão encaminhados ao Ministro de Estado da Saúde por meio do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 11)

Art. 47. Os trabalhos da CRTS serão executados com plena observância das previsões contidas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 12)

Parágrafo Único. As eventuais omissões de procedimento serão supridas por deliberação de sua Coordenação, ad referendum dos seus demais componentes. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 12, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VI
DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Art. 48. Este Capítulo regulamenta os arts. 8º e 9º do Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, para definir as informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico, a serem fornecidas por Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) e sociedades de especialidades a ela vinculadas, que farão parte do Cadastro Nacional de Especialistas. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 1º)

Art. 49. Para a implantação e atualização do Cadastro Nacional de Especialistas, a CNRM, o CFM e a AMB e sociedades de especialidades a ela vinculadas disponibilizarão suas bases de dados atualizadas ao Ministério da Saúde com informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 2º)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no "caput", as informações a serem fornecidas encontram-se listadas nos termos do Anexo 2 do Anexo XL . (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 50. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponibilizarão manual conjunto instrutivo com as diretrizes e regras de negócios para fluxos de dados e integração entre sistemas de informação entre o Ministério da Saúde, a CNRM, o CFM e a AMB e sociedades de especialidades a ela vinculadas para a disponibilização das informações de que trata este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 3º)

ANEXO 1 DO ANEXO XL
Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Anexo 2)

Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor

1. Introdução

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar educação permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, a partir do documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 04 de setembro de 2003 e dos documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 18 de setembro e em 23 de outubro de 2003 e da Resolução do CNS Nº 335 de 27 de novembro de 2003 (estes documentos estão a disposição no site: www.saude.gov.br/sgtes).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas, foram desafios assumidos pelo governo federal.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações).

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.

A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso.

A negociação de iniciativas inovadoras e articuladoras deve se dar em cinco campos:

- transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola;

- estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção de saúde à população;

- instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS;

- construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locorregionais;

- avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança.

A interlocução com o CNS, com a CIT, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com as Associações de Ensino será permanente, especialmente no tocante à formação e desenvolvimento para a gestão de sistemas, ações e serviços de saúde; à formação e desenvolvimento de conselheiros e agentes sociais para a construção da gestão social das políticas públicas de saúde, à formação e desenvolvimento dos formuladores de políticas nas áreas estratégicas e de implementação da organização da atenção à saúde proposta pelas Leis 8080/90 e 8142/90; e ao estabelecimento de uma relação de parceria permanente com o movimento estudantil de pensar e agir pela mudança na formação e no exercício profissional.

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos hospitais de ensino e de outras ações e serviços de saúde, coloca o SUS como um interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai à arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. A noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva. Por isso, a União e os estados têm de problematizar para si a função e o exercício de uma coordenação com capacidade descentralizadora e os municípios e as escolas terão de problematizar para si as funções de condução e de execução significativas para o Sistema e não para a produtividade educacional e assistencial, respectivamente. Enquanto os últimos são os lugares de produção da atenção aos grupos sociais territorializados, os anteriores são os apoiadores de ativação para que esta atenção seja integral e resolutiva.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política, implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Assim, propõe-se a implantação e mobilização de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) como articulação e criação de novas ações e investimentos que, contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde.

O Ministério da Saúde apóia técnica, financeira e operacionalmente a constituição e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (articulações interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão).

O Pólo deve ter condução e coordenação colegiada, quebrando-se a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. O Ministério da Saúde pretende a superação da racionalidade gerencial hegemônica na gestão da educação permanente, por isso a idéia de Pólos ou Rodas. O Colegiado de Gestão dos Pólos instituirá a novidade na condução e coordenação da educação permanente em saúde como um novo arranjo e uma nova estrutura organizativa. Esta iniciativa nasce fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e propõe a co-responsabilidade entre educação, gestão, atenção e controle social em bases locorregionais.

A gestão colegiada deve explicitar o compromisso com a mudança, suprimindo a imagem da pirâmide, a noção de níveis de gerenciamento e a construção programática fragmentária, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais. Quando um município se compromete com a educação temos novidade de Estado, quando uma instituição formadora se compromete com a gestão da saúde temos uma novidade de Estado; quando estados se colocam em mediação pedagógica com municípios e instituições de ensino, temos uma novidade de Estado; quando a formação e desenvolvimento reúnem educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular, temos enorme novidade de Estado.

As instituições de ensino e os municípios, no caso da formação e desenvolvimento para o SUS, adquirem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois um é o campo de exercício da educação dos profissionais e os outros o campo de exercício profissional das ações de saúde. Quanto maior o comprometimento das instituições de ensino e dos municípios, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas, o que repercutirá em mudanças na educação e na atenção à saúde. Espera-se nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da locorregionalização.

Dentro do Colegiado de Gestão todas as instituições têm poder igual e, assim, podem exercer sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal. O Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS se caracteriza como gestão colegiada e tem natureza política e crítico-reflexiva. Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos no Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Cada parceiro institucional do Pólo deve reorientar as iniciativas de formação e desenvolvimento em saúde atualmente em curso de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e com as prioridades e orientações produzidas em sua base de inserção locorregional; ou seja, todas as iniciativas de formação e desenvolvimento devem ser repactuadas para integrar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Caberá ao Colegiado de Gestão de cada um dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS a elaboração das propostas sobre as escolhas gerais, dos rumos e estratégias locais e a problematização de seus operadores conceituais. Questões relacionadas à metodologia pedagógica, definição dos processos de seleção de alunos, problematização das prioridades de desenvolvimento institucional, tematização das relações entre formação e mudança na gestão setorial e o debate sobre a educação para o SUS e fortalecimento do controle social em saúde aparecem como as questões centrais a serem enfrentadas por este espaço colegiado.

O MS acreditará os projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, pactuados pelo Colegiado de Gestão do Pólo, CIB e aprovados no CES, assegurando as diretrizes da ação para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Nenhum município do país deixará de estar afeto a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e cada SES coordenará esse processo, cabendo a Comissão Intergestores Bipartite pactuar as “locorregionalizações”.

2. Processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Uma vez que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde supõe a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, diretrizes e princípios devem embasar a apresentação e a validação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e acreditação.

2.1. Bases do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - apresentar-se como um dispositivo de agregação e direcionalidade das diferentes instituições e responsabilizando-se por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos - dentro ou fora dos limites de um mesmo estado - áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; valem as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros);

II - estabelecer-se como articulação interinstitucional locorregional como roda de gestão da Educação Permanente em Saúde (coordenação, condução e avaliação) e não de execução direta de ações (é lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações);

III - configura-se com capacidade de reunir gestores do SUS, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e outros serviços de saúde e representação estudantil. Todos esses autores/atores constituem o Colegiado de Gestão, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como de outros atores sociais da saúde;

IV - constitui-se com capacidade de caminhar na mesma cultura que constrói o SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, estabelecendo a ruptura com a lógica de relações “de balcão” ou “de banco” com o governo federal ou estadual e com os projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais;

V - estabelecer-se como espaço de formulação de políticas e de negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pelos princípios e diretrizes do SUS, sem substituir quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

VI - comprometer-se com o registro das práticas implementadas e suas características, bem com a apresentação a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos e sua influência sobre as práticas de atenção e educação em saúde;

VII - estabelecer-se como um fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento em sua base de inserção locorregional;

VIII - constituir-se como referência para um certo território (base locorregional), ao qual se vincula para oferecer e receber propostas de formação e desenvolvimento;

IX - referenciar-se aos municípios e às diretorias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde constituintes de seu território de abrangência para organizar políticas formativas e de desenvolvimento de forma participante com o Sistema de Saúde locorregional;

X - reconhecer-se como recurso para territórios ampliados no que puder ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS ou estruturas de formação participantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

XI - estabelece-se como um Colegiado de Gestão onde participam todas as instituições que aderirem a proposta. A gestão colegiada será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas por consenso. Quando isso não for possível, a decisão deve ser encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).

2.2. Gestão Colegiada do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

A gestão colegiada introduzirá uma mudança estrutural nas linhas formais de elaboração de propostas, coordenação e execução financeira. Trata-se de uma nova estrutura organizacional onde todos aqueles que trabalham com o mesmo objeto (educação dos profissionais de saúde para o SUS) estão convidados a trabalhar juntos, sob a mesma organização de gestão integrando o Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e participando da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O Colegiado de Gestão de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS é uma plenária onde participam todas as instituições que aderirem à proposta.

Pode contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do CES, que tem como responsabilidade promover reuniões periódicas do Colegiado de Gestão, nas quais serão processadas as demandas, identificadas as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas de formação e de atenção à saúde e a produção de conhecimento e feitas avaliações periódicas das atividades executadas, bem como o acompanhamento da execução financeira, abrindo a possibilidade de recriar processos de integração entre os participantes.

Cada Colegiado de Gestão poderá criar uma Secretaria Executiva, composta minimamente por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde para implementação e agilização dos encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor.

Cada área de formação e desenvolvimento eleita como prioridade locorregional ou determinada pelas instâncias de controle social ou de pactuação intergestores deve ter um espaço de tematização que se estende às e extrapola as estruturas formais previamente existentes em cada instituição participante (secretarias de saúde, escolas ou departamentos de ensino, por exemplo). Nesse arranjo, o que interessa é o espaço de análise e deliberação com que conta um dado tema e não a sua condição de “filiação” a um departamento, uma escola ou uma secretaria. Por isso, comitês temáticos, quando forem montados, preservarão o caráter interinstitucional dos aportes de conhecimento e da condução das ações, bem como, por serem comitês de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS que lhes dá unidade, devem compartir o máximo de ações e abordagens e estipular um caráter matricial no planejamento, execução e avaliação de suas atividades com o Colegiado de Gestão.

Muitos processos poderão ser de plena autonomia dos Comitês Temáticos, mas muitos pertencem obrigatoriamente ao Colegiado de Gestão. Entre esses estão questões como a formação de formadores, incentivos institucionais à mudança, geração de densidade pedagógica locorregional para as demandas de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, análise da representatividade de todos os segmentos em cada comitê ou atividade, análise da produção de impactos prevista ou a implementar, análise da produção de interface entre projetos e associação de projetos, entre muitas outras, por exemplo.

2.3.Funções do Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - mobilizar a formulação e a integração de ações de educação na saúde entre os distintos atores locais: usuários; gestores da saúde e da educação; dirigentes da educação e de ações e serviços de saúde; docentes e estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros intersetoriais;

II - induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação dos profissionais de saúde (ensino, pesquisa, extensão, documentação e cooperação técnica);

III - Formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas (locorregionais);

IV - formular abordagens e estratégias integradas e integradoras de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos (temáticas ou áreas técnicas delimitadas) e reconhecidos como de interesse locorregional, estadual ou nacional (exemplos: tuberculose, hanseníase, aids, dengue, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, urgência e emergência...);

V - estabelecer relações cooperativas entre os vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (internamente aos estados e nacionalmente).

2.4.Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

O Ministério da Saúde acreditará os projetos de Educação Permanente em Saúde pactuados no Colegiado de Gestão de cada Pólo, na CIB e aprovados no CES de cada estado, assegurando o ajustamento à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A acreditação é proposta como recurso de acompanhamento solidário dos projetos, não se destinando à sua simples aprovação ou reprovação, mas à cooperação técnica para que correspondam às designações da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS, em conformidade com sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

Quando for o caso, o Ministério da Saúde estabelecerá cooperação técnica com o respectivo Pólo no sentido do ajustamento dos projetos às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos devem ser encaminhados pelo correio e por e-mail ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, onde serão analisados de acordo com os critérios e diretrizes estabelecidos nestas Orientações, com vistas à sua acreditação/validação e devem ser acompanhados pelos seguintes documentos: ata da pactuação no Colegiado de Gestão do Pólo com a assinatura de todos os participantes, parecer da CIB e resolução com a aprovação do CES.

Endereço:

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 725 70058-900 - Brasília /DF

Telefones: (61) 315-2858/315-3848/Fax: 315-2862

e-mails: deges@saude.gov.br /sgtes@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/sgtes

Para a acreditação, cada projeto deve:

I - apresentar sua previsão de impactos, seja nas ações e nos serviços de saúde ou na gestão do SUS, seja na educação técnica, na graduação, na pós-graduação ou na educação popular, seja, ainda, na produção e disseminação de conhecimento;

II - apresentar a definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo e da forma como estarão envolvidos: os gestores, os órgãos de controle social, as entidades estudantis, instituições de ensino e hospitais de ensino ou outros serviços de saúde;

III - apresentar a amplitude das inclusões que propõe para contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas;

IV - explicitar as necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas;

V - explicitar a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS;

VI - explicitar as mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere;

VII - explicitar a proposta de ações multiprofissionais e transdisciplinares;

VIII - anexar plano de trabalho para cada ação a ser financiada, indicando a entidade responsável pela execução da ação prevista (instituição de ensino, secretaria municipal, secretaria estadual, serviço etc.), descrição sintética do objeto da ação, justificativa da proposta, número de pessoas beneficiadas pela ação, valor a ser financiado por ação e montante total, cronograma de execução (data de início e de termino de cada ação),plano de aplicação dos recursos, cronograma de desembolso, proposta de aquisição de equipamentos e material permanente e o órgão executor do orçamento de cada ação ou do conjunto das ações para fins de contratualização com o Ministério da Saúde conforme suas normas de financiamento. Devem ser preenchidos os formulários que podem ser acessados no site: http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinaciamento.asp Anexos - Formulários e Instruções de Preenchimento

IX - anexar de cada entidade responsável pela execução da ação os seguintes documentos conforme exigências da Constituição Federal, IN STN/MF Nº01/97 e Lei Nº 10524/02:

- cópia do comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

- cópia do Balanço Sintético referente ao exercício anterior;

- se entidade privada, cópia do contrato social ou outro documento comprobatório de registro da entidade;

- se entidade pública, indicação do ato de sua criação e comprovante de capacidade jurídica do representante legal da entidade;

- cópia da Ata de Posse ou Ato de Designação acompanhada do Regimento Interno ou Estatuto Social, quando for o caso;

- cópia do Documento de Identidade e do CPF do dirigente da Entidade, incluindo o cargo ou função; data da posse; RG (expedição e órgão expedidor);

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Estadual;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Municipal;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o INSS (CND);

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Secretaria da Receita Federal.

Mais informações: http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp Operacionalização

2.5. Critérios para Alocação dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os orçamentos serão baseados no custeio das atividades, segundo o teto previsto pelo Ministério da Saúde para cada locorregião (segundo critérios de alocação pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite) e encaminhados com antecedência suficiente para permitir sua avaliação, aprovação e desembolso.

O Ministério da Saúde alocará recursos definidos por critérios técnicos locorregionais. O repasse será permanente, o que permitirá às instâncias locorregionais planejar com critérios de sustentabilidade a curto, médio e longo prazos, inclusive ampliando as capacidades formadoras locais, regionais e estaduais.

A transparência na utilização dos recursos públicos será profundamente ampliada, tanto do ponto de vista do conhecimento de montantes, planos de aplicação e relatórios de gestão, quanto de maior ingerência dos gestores, do controle social local e das instituições de ensino no gasto público do SUS com a educação dos profissionais de saúde.

A alocação de recursos financeiros segue diretrizes e princípios acordados entre as três esferas de gestão do SUS, atendendo aos critérios de eqüidade possíveis para a primeira distribuição de recursos financeiros em conformidade com a política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em 04 de setembro de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003 e em 23 de outubro de 2003. Conforme pactuado, em maio de 2004 será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição dos repasses subseqüentes.
Uma vez que os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS em cada âmbito locorregional não são os lugares de execução e não se estabelecerão como personalidade institucional, devendo preservar-se como articulações interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão colegiada, foi e será necessária a pactuação dos critérios de alocação dos recursos entre os estados da federação e da sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (os municípios não são sedes individuais dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, mas composições regionalizadas de municípios, atendendo desenhos geopolíticos da “vida real” nas localidades intra-estaduais).

Para a primeira alocação de recursos, foram pactuados os seguintes critérios:

2.5.1. Alocação dos recursos entre os estados da federação

I - população nos municípios em habilitação plena do SUS (reconhecimento da descentralização da gestão e do papel constitucional dos municípios na execução das ações e serviços de saúde);

II - número de Equipes de Saúde da Família (reconhecimento do investimento na mudança de modelo assistencial pelo dimensionamento numérico de profissionais prioritários ao desenvolvimento de capacidades de resolução clínica e atuação em saúde coletiva);

III - número de Conselheiros de Saúde (reconhecimento do exercício do controle social no SUS, entendendo-se que em qualquer base o número de conselheiros corresponderá a 50% de representantes dos usuários e uma vez que não se dispôs de outro fator de informação).

IV - inverso da Capacidade Instalada de Instituições de Educação Superior e Técnica em Saúde (reconhecimento da concentração desigual de instituições de ensino e da necessidade de desenvolver densidade pedagógica nas regiões menos cobertas por essa oferta);

V - número de Unidades Básicas de Saúde (reconhecimento da prioridade de desenvolvimento da capacidade resolutiva da rede básica para a cobertura da maioria dos problemas de saúde da população, prevenção das internações hospitalares e garantia dos programas de saúde pública);

VI - população total (reconhecimento do universo de cobertura da proposta);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cobertura de incentivos à mudança na graduação).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados

Impacto	Indicador Mensurável Provisório	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	População dos Municípios em gestão plena por Estado (C 1) (Pesos ponderados por faixas)	20	40 %
	Número de ESF (C 2)	20	
Capacidade de Controle Social, Ensino e Atenção em Saúde	Número de Conselheiros de Saúde (C 3) (Pesos ponderados por faixas)	15	45 %
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada (C 4)	15	
	Número de Unidades Básicas de Saúde - postos e centros de saúde (C 5)	15	
Tamanho da População	População Total do estado (C 6)	10	10 %

Mudança na Graduação	Número de Cursos Universitários da Área da Saúde (C 7)	5	5%
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual (CE): CE = 20(C1+C2) + 15(C3+C4+C5) + 10(C6) + 5 C7) 100		100	100 %

2.5.2. Alocação entre as locorregiões dos recursos calculados pela base dos estados

Aplica-se, para cada locorregião, a proporção relativa dos mesmos critérios de alocação utilizados nos Estados:

I - população dos municípios em habilitação plena do SUS no território desenhado;

II - número de Equipes de Saúde da Família abrangidas no território desenhado;

III - número de Conselheiros de Saúde abrangidos pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais;

IV - inverso da capacidade pedagógica em saúde instalada (haverá maior necessidade de gastos com deslocamento e/ou estruturação de recursos de educação à distância);

V - número de Unidades Básicas de Saúde abrangidas no território desenhado;

VI - população total abrangida pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais (o desenho geopolítico pode não acompanhar a geografia municipal, bem como a regionalização acordada nos estados pode propor a setorização do município para desenhar as regiões de abrangência dos Pólos/Rodas);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cultura de incentivos à mudança na graduação).

Para fins de cálculo da base per capita, no caso da locorregionalização incluir setores de um ou mais municípios, os gestores municipais e estaduais envolvidos pactuarão a proporção da população abrangida, pois, em hipótese alguma, a locorregionalização poderá ultrapassar o teto de 100% da população estadual identificada nacionalmente (pode-se estabelecer pactos entre os gestores municipais diretamente envolvidos; entre os gestores municipais e diretorias regionais de saúde dos estados, conforme envolvidas; nas CIB regionais ou estadual; nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - Cosems regionais ou estadual etc.). O mesmo se fará com o universo de Conselheiros de Saúde.

Quando as regiões abrangerem territórios interestaduais, as pactuações também se farão nestes âmbitos, sendo de pactuação final entre os gestores estaduais envolvidos. Como após a definição dos números para a alocação dos recursos, os mesmos serão direcionados aos executores designados em cada pólo, não haverá risco de prejuízo em qualquer base territorial. Ao contrário, esta alocação sempre privilegiará a realidade dos modos de viver das populações em um País de Todos.

2.5.3. Repasse dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os recursos serão transferidos, após a aprovação dos projetos, diretamente às instituições executoras definidas na apresentação das propostas. O procedimento a ser adotado será o da Acreditação em conformidade com as Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos.

Ao adotar a modalidade da Acreditação, nenhum projeto terá seus recursos cancelados por inadequação, mas reservados para a efetivação de pagamento até que, mediante acompanhamento, se enquadrem nas diretrizes da política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, em conformidade com as deliberações do CNS e as pactuações da CIT.

As despesas/gastos passíveis de financiamento para todas as linhas de ação da Educação Permanente em Saúde são: Consultorias, Pagamento de Hora Aula, Estágio em Serviços, Cursos, Residências, Oficinas, Conferências, Seminários, Material Didático, Equipamentos e Publicações.

2.6. Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

2.6.1. Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de formação dos trabalhadores da rede de serviços e das instituições de ensino, tendo em vista o desenvolvimento da capacidade pedagógica para a Educação Permanente em Saúde, o desenvolvimento de condições para a educação à distância e de outras estratégias inovadoras no campo das ações pedagógicas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde;

2. Dinamização de recursos para a utilização da Educação à Distância como tecnologia pedagógica para a educação permanente;

3. Organização de alternativas criativas para o desenvolvimento da educação permanente para o SUS.

III - Atividades:

- Cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para a Educação Permanente em Saúde;

- Estruturação de recursos e programas de educação à distância;

- Realização de seminários e reuniões técnicas e montagem de instâncias coletivas para a elaboração de novas abordagens para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde no SUS.

2.6.2.Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de educação permanente para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando o planejamento e o exercício da clínica, da promoção da saúde e da saúde coletiva. Implementação de atividades de acompanhamento em serviço, de especialização para profissionais de formação técnica ou universitária, seguindo-se diretrizes para atuação integral na área de atenção básica, em especial a Saúde da Família, e utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que tomem o trabalho como eixo estruturante das atividades. Compreende também cursos de qualificação profissional para Agentes Comunitários de Saúde, de extensão para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e de educação profissional para a área de saúde bucal e outras. As atividades podem ser presenciais ou à distância; mas nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais para o acompanhamento do trabalho enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Especialização em Saúde da Família para equipes regulares e para equipes especialmente conformadas para atenção às áreas remotas, de difícil acesso ou difícil provimento e fixação de profissionais;

2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família;

3. Residências Integradas em Saúde;

4. Pós-Graduação;

5. Qualificação e formação para os Agentes Comunitários de Saúde e Atendentes de Consultório Dentário;

6. Formação e desenvolvimento de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

7. Formação de outros técnicos necessários à resolutividade da atenção integral à saúde;

8. Atualização e desenvolvimento em Áreas Temáticas Prioritárias (incluindo aspectos da clínica e da saúde coletiva);

9. Organização de estratégias que favoreçam o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência (compor a cadeia do cuidado progressivo à saúde como malha ininterrupta de cuidados);

10. Desenvolvimento de estratégias de acolhimento e responsabilização;

11.Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção entre outras a atenção domiciliar e internação domiciliar;

12.Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III - Atividades:

- Abertura e/ou expansão de Cursos de Especialização em Saúde da Família e outros;

- Expansão ou Implantação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residências Integradas em Saúde;

- Implantação de Programa de Habilitação Técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

- Desenvolvimento de Cursos de formação e/ou aperfeiçoamento e especialização para Atendentes de Consultório Dentário (ACD)/Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

- Formação de outros técnicos em saúde;

- Cursos em temas prioritários como a atenção integral em todas as fases da vida e do desenvolvimento conforme as necessidades estabelecidas a partir do perfil demográfico e epidemiológico locorregional e de formação dos trabalhadores: agravos relevantes como hanseníase, tuberculose, dengue, malária, aids, diabetes, hipertensão arterial, neoplasias; a atenção em urgência e emergência, atenção domiciliar e internação domiciliar; saúde bucal; saúde da mulher; saúde mental; saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde do trabalhador; saúde ambiental; assistência farmacêutica e outros;

- Desenvolvimento de estratégias humanizadas e regulares para referência e contra-referência, organizando a rede como uma malha ininterrupta de cuidados profissionais.

2.6.3. Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de capacitação, formação e educação permanente para os trabalhadores que atuam na gestão do sistema e de unidades de saúde. Compreende, também, cursos de qualificação e formação para agentes sociais, parceiros intersetoriais e conselheiros de saúde. As atividades podem ser presenciais ou à distância e nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais, para acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento para gestores de unidades locais (distritos, hospitais, unidades de atenção básica e outras);

2. Formação e desenvolvimento gerencial para Gestores e Equipes Gestoras;

3. Formação e desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção à saúde;

5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde;

6. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos conselheiros de saúde e agentes sociais para a gestão social das políticas públicas de saúde;

7. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos parceiros intersetoriais.

III - Atividades:

- Cursos de desenvolvimento gerencial, incluindo organização de serviços e processo de trabalho, voltados para gerentes dos diferentes âmbitos de gestão da rede local;

- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços e de controle social;

- Especialização em gestão de sistemas, ações e serviços de saúde;

- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores de saúde na área de controle social.

2.6.4. Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde

I - Enfoques:

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento docente em educação de profissionais de saúde;

2. Desenvolvimento de profissionais dos serviços de saúde para acompanhamento docente;

3. Articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino-aprendizagem;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção;

5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III - Atividades:

- Cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços;

- Estágios supervisionados nos serviços de saúde (longitudinais e ao longo de todo o curso);

- Processos cooperativos para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao SUS;

- Especialização em educação de profissionais de saúde;

- Implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes;

- Desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar;

- Participação na Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil).

- Será feita uma publicação do MS, com esta Portaria e os documentos aqui citados para ampla divulgação.
- Os documentos estarão à disposição também no site www.saude.gov.br/sgtes .
- Se forem feitas mudanças pela CIT ou CNS, essas serão amplamente divulgadas.

ANEXO 2 DO ANEXO XL

INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Anexo 1)

INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Dados Pessoais:
1.Nome completo
2.Data de nascimento
3.Sexo

4.Local de nascimento 5.Unidade Federativa e Município de residência 6.CPF 7.Se estrangeiro, número da cédula de identidade de estrangeiro; 8.Definição da nacionalidade do médico (Exemplo: B = brasileiro, E = estrangeiro, N = naturalizado); 9.Se médico estrangeiro, tipo de visto apresentado (Exemplo: P = permanente, V = provisório).
Dados da Inscrição: 1.Número de inscrição no CRM e unidade de inscrição; 2.Tipo de inscrição realizada pelo médico (Exemplos: P = primária, S = secundária, V = provisória, T = temporária, E = Estudando Méd. Estrangeiro); 3.Data da realização da(s) inscrição(ões) do médico; 4.Situação do médico no estado (Exemplos: A = ativo, T = transferido, C = cassado, S = suspenso, P = aposentado, F = falecido, L = cancelado, D = dívida ativa, O = suspenso por ordem judicial, X = afastado, I = interditado cautelarmente, N = interditado parcialmente); 5.Unidade da Federação da(s) inscrição(ões) do médico; 6.Em caso de cancelamento: Data e motivo de cancelamento da situação que estiver atual (Exemplos: C = cassado, P = aposentado, F = falecido, L = cancelado, X = Afastado, I = interditado cautelarmente).
Dados de Formação: 1.Data da formatura do médico; 2.Identificador da escola de graduação; 3.Município da escola de graduação; 4.Unidade da Federação da escola de graduação.
Título de Especialista - AMB: 1.Especialidade ou área de atuação do título obtido 2.Data de obtenção do título
Certificados de Residência Médica registrados na Comissão Nacional de Residência Médica: 1.Número de registro na CNRM 2.Programa 3.Especialidade ou área de atuação do título obtido 4.Período (data de início e conclusão do PRM) 5.Data de obtenção do título 6.Unidade de Residência Médica (Nome da instituição, Município, UF)
Revalidação: 1 .Data da formatura do médico; 2.Identificador da escola que revalidou o diploma do médico formado do exterior; 3.Unidade da Federação da escola que revalidou o diploma do médico formado no exterior; 4.País de formação do médico.

AMB - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS	1.Nome; 2.Sexo; 3.Data de nascimento; 4.Naturalidade; 5.CPF 6.Especialidade ou área de atuação do título obtido 7.Data de obtenção do título

NRM - Comissão Nacional de Residência Médica	1.Número de registro na CNRM 2.Programa 3.Especialidade ou área de atuação do título obtido 4.Período (data de início e conclusão do PRM) 5.Data de obtenção do título 6.Unidade de Residência Médica (Nome da instituição, Município, UF)

ANEXO XLI

Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (Origem: PRT MS/GM 2690/2009)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º)

§ 1º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde será implantada de forma gradativa e articulada nas três esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implementada à luz dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Para fins desta Política, define-se gestão de tecnologias em saúde como o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 2º)

Art. 3º É objetivo geral da Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade, visando: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º)

I - orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, I)

II - nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, II)

III - promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, III)

IV - sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, IV)

V - fortalecer o uso de critérios e processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, V)

Art. 4º As ações estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde serão orientadas pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º)

I - a gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, I)

II - a produção e a difusão de informações relativas à avaliação de tecnologias deverão levar em conta o tipo da análise, o público-alvo, a linguagem adequada, o tempo disponível e a transparência, além de explicitar os eventuais conflitos de interesse; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, II)

III - os processos de avaliação promovidos e as decisões de incorporação tomadas pelos gestores de saúde devem ocorrer de modo crítico, permanente e independente; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, III)

IV - o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade do acesso, a equidade, e a sustentabilidade das tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, IV)

V - o conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deverá ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, V)

VI - a ética em pesquisa envolvendo seres humanos será considerada para comprovação de boas práticas no processo de avaliação de tecnologias. Os aspectos bioéticos envolvidos na garantia da equidade e da aplicação de recursos públicos serão analisados para incorporação tecnológica no sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, VI)

VII - os processos de incorporação de tecnologias no sistema de saúde deverão incluir atores representativos da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, VII)

Art. 5º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde obedecerá as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º)

I - utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão por meio da avaliação de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, I)

II - aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, II)

III - racionalização da utilização de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, III)

IV - apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, IV)

V - sistematização e disseminação de informações; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, V)

VI - fortalecimento das estruturas governamentais; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, VI)

VII - articulação político-institucional e interssetorial. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, VII)

Parágrafo Único. Na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) as diretrizes desta Política terão caráter recomendatório e as ações articuladas serão subsidiadas por um Grupo de Trabalho Permanente de Avaliação de Tecnologias em Saúde, coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implantada pelos órgãos e instituições sob gestão federal, respeitadas as competências institucionais. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 6º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde, à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a Secretaria em Vigilância à Saúde e demais órgãos do Ministério da Saúde adotarão, de forma articulada, todas as providências necessárias à plena implementação desta Política. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º Na implantação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), coordenar, em âmbito nacional, as ações de avaliação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 7º)

Parágrafo Único. Para a geração e a síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologias em Saúde, o Departamento de Ciência e Tecnologia conta com o apoio da rede de centros colaboradores e instituições de

ensino e pesquisa no País, denominada Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão complementar o objeto deste Anexo para atender às necessidades e peculiaridades locais e regionais. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º)

§ 1º Caberá aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal o monitoramento e a avaliação das ações advindas das diretrizes dessa Política, no seu âmbito de atuação e gestão. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º, § 1º)

§ 2º As medidas para estruturação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, no âmbito dos Estados e Municípios, serão subsidiadas pelo Grupo de Trabalho de Ciência e Tecnologia da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º, § 2º)

Art. 9º Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) a adoção das medidas necessárias à estruturação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 9º)

ANEXO XLII

Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (Origem: PRT MS/GM 589/2015)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 1º)

Art. 2º A PNIIS tem como finalidade definir os princípios e as diretrizes a serem observados pelas entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e pelas entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, para a melhoria da governança no uso da informação e informática e dos recursos de informática, visando à promoção do uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação nos processos de trabalho em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 2º)

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO II)

Art. 3º A PNIIS é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º)

I - princípios gerais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, I)

II - diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, II)

III - diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, III)

IV - diretrizes relacionadas à Gestão da Política Nacional de Informação e Informática em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, IV)

V - diretrizes relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, V)

Seção I

Dos Princípios Gerais da PNIIS
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção I)

Art. 4º Constituem princípios gerais da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º)

I - informação em saúde direcionada à ação de atenção à saúde de cada indivíduo e da coletividade; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, I)

II - produção da informação em saúde abarcando a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, II)

III - gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, III)

IV - democratização da informação em saúde como um dever das entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, IV)

V - informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, V)

VI - acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VI)

VII - descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacional e internacional e às especificidades regionais e locais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VII)

VIII - preservação da autenticidade e da integridade da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VIII)

IX - confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, IX)

Seção II
Das Diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov)
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção II)

Art. 5º São diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov) no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º)

I - implementação da PNIIS conforme as diretrizes da Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, I)

II - promoção da articulação intersetorial visando melhorar a capacidade de produção de "software" como bem público, no interesse da área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, II)

III - promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações com vistas à implantação da infraestrutura necessária à área de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, III)

IV - fomento ao desenvolvimento de metodologias e ferramentas científicas e tecnológicas para a gestão, qualificação e uso da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, IV)

V - qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando as atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, V)

Seção III
Das Diretrizes Relacionadas à Estratégia de e-Saúde
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção III)

Art. 6º São diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º)

I - fortalecimento da área de informação e informática em saúde, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração à atenção à saúde nas três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, I)

II - estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional de "software" em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, II)

III - promoção de estratégias e mecanismos para a redução do número de sistemas de informação em saúde existentes ou sua simplificação e para a qualificação da produção da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, III)

IV - promoção da disseminação e publicização de dados e informação em saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, IV)

V - criação de mecanismos de articulação institucional com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, V)

VI - estabelecimento de um padrão para e-Saúde que permita a construção do Registro Eletrônico de Saúde (RES) do cidadão por meio da identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, padrões e protocolos de interoperabilidade eletrônica e/ou digital entre os equipamentos e sistemas; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VI)

VII - estabelecimento de infraestrutura de telecomunicação adequada para a implantação do RES do cidadão; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VII)

VIII - estímulo ao uso de telecomunicação na atenção à saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, visando ampliar o potencial de resolubilidade junto aos processos ligados à atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VIII)

IX - estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, IX)

X - divulgação das diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à saúde, utilizando-se diferentes veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, X)

XI - instituição e implementação da estratégia nacional de e-Saúde, com a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), para orientar o conjunto de esforços e investimentos em informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, XI)

Seção IV
Das Diretrizes Relacionadas à Gestão da PNIIS
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção IV)

Art. 7º São diretrizes relacionadas à Gestão da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º)

I - incentivo à qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando-os atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, I)

II - implementação de soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, II)

III - fomento ao desenvolvimento de profissionais na área de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, III)

IV - incentivo por meio de certificação digital e/ou sistemas biométricos à implementação de mecanismos de segurança de acesso aos sistemas, dados e informações de saúde que garantam a sua autenticidade e integridade dos dados e informações de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, IV)

V - dotação da área de saúde de instrumentos legais, normativos e organizacionais, relacionados à questão da segurança e da confidencialidade da informação; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, V)

VI - definição de linhas de financiamento, investimento e custeio para o desenvolvimento de projetos de tecnologia da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VI)

VII - implementação de ações e mecanismos de regulação para o complexo produtivo de tecnologia da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VII)

VIII - adoção de ações referentes à implementação da PNIIS no processo de planejamento regional integrado, a fim de fortalecer a articulação interfederativa no âmbito da saúde em território nacional; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VIII)

IX - garantia de desenvolvimento e implantação de sistemas de informação em saúde de base nacional ou estadual mediante prévia pactuação nas respectivas comissões intergestores; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, IX)

X - estabelecimento de política de controle de acesso autorizado aos bancos de dados dos sistemas de informação em saúde pelo cidadão e pelos gestores de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, X)

XI - promoção do uso de soluções de tecnologia de informação e comunicação (TICs) que possibilitem aos Conselhos de Saúde a sistematização de informações e a agilidade no acompanhamento das ações em saúde e da participação da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, XI)

Seção V

Das Diretrizes Relacionadas à Formação Permanente de Pessoal para o SUS na Área de Informação e Informática em Saúde

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção V)

Art. 8º São diretrizes relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º)

I - promoção da formação, da qualificação e da educação permanente dos trabalhadores e dos gestores de saúde para uso da informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, I)

II - promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e da Educação com vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de informação e informática em saúde nos cursos de graduação e pós-graduação; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, II)

III - incentivo ao desenvolvimento de programas específicos para a formação em educação permanente na área de saúde, a fim de ampliar e qualificar a produção e utilização da informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, III)

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO III)

Art. 9º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º)

I - incluir no Plano Nacional de Saúde ações e metas para a implementação da PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, I)

II - apoiar a implementação da PNIIS nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, II)

III - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, III)

IV - prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, IV)

V - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, V)

VI - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação da PNIIS de forma articulada com os Estados e os Municípios; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VI)

VII - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades, para atender às demandas informacionais, garantida a interoperabilidade entre os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VII)

VIII - promover e coordenar ações para o desenvolvimento de alta competência e excelência profissional em áreas da informação e tecnologia da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VIII)

IX - apoiar processos para adoção de certificação digital, emitida pela Infraestrutura de Chaves Públicas (ICP-Brasil). (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, IX)

Art. 10. Às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal competem: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10)

I - promover a implementação das ações de informação e informática no âmbito estadual e distrital, em consonância com a PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, I)

II - incluir ações e metas nos planos estaduais e distrital de saúde, em consonância com a PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, II)

III - apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, III)

IV - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde com foco nas especificidades de informação e informática, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, IV)

V - prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, V)

VI - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VI)

VII - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VII)

VIII - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática da PNIIS de forma articulada com o Ministério da Saúde e com os Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VIII)

IX - coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde no SUS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, IX)

Art. 11. Às Secretarias Municipais de Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11)

I - implementar as ações de informação e informática em saúde em consonância com a PNIIS, conforme previsto no sistema de planejamento do SUS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, I)

II - apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, II)

III - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, III)

IV - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, IV)

V - desenvolver ações de educação permanente, com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, V)

VI - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática desta Política no âmbito local; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, VI)

VII - coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde no SUS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, VII)

CAPÍTULO IV
DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO IV)

Art. 12. As ações e as metas para o monitoramento e a avaliação da PNIIS devem estar presentes nos seguintes instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, III)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO VI)

Art. 13. Fica instituído Comitê Gestor, de composição tripartite, cujas competências serão definidas em ato específico do Ministro de Estado da Saúde, para o acompanhamento da implementação da PNIIS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 14)

Art. 14. O Comitê garantirá, no seu cronograma anual de trabalho, encontros sistemáticos com representantes de outros órgãos e entidades públicas e privadas que têm interface com as ações a serem executadas, bem como poderá convidá-los a participar de suas reuniões, sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 15)

Art. 15. A implementação da PNIIS deve observar a realidade local, respeitando conceitos e incentivando experiências bem-sucedidas para estabelecer uma extensa rede de cooperação, com o fim de inserir os princípios e as diretrizes da Política no cotidiano das ações institucionais na área de saúde em território nacional. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 16)

Art. 16. Compete, conjuntamente, à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e à Secretaria-Executiva (SE/MS), articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação da PNIIS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 17)

Art. 17. O texto integral da PNIIS estará disponível no Portal do Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço eletrônico http://portalsaude.saude.gov.br/. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 18)

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde