



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 2.048, DE 3 DE SETEMBRO DE 2009

Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das Leis e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos;

Considerando o Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002, que dispõe sobre os trabalhos de consolidação dos atos normativos no âmbito do Poder Executivo e determina, em seu art. 43, a instituição de Comissões Permanentes de Consolidação e Revisão de Atos Normativos aos Ministérios e aos órgãos da estrutura da Presidência da República;

Considerando a Portaria nº 1.035, de 4 de junho de 2002, do Ministério da Saúde, que cria a Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos do Ministério da Saúde, e a Portaria nº 1.208, de 22 de maio de 2008, do Ministério da Saúde, que a altera sua composição;

Considerando a Portaria nº 815, de 29 de abril de 2008, do Ministério da Saúde, que aprova o Regimento Interno da Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos do Ministério da Saúde, atribuindo a esta, no inciso IV do art. 2º, a competência para elaborar e revisar, periodicamente, o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da legislação infralegal consolidada, dispondo sobre sua organização e funcionamento; e

Considerando a necessidade de promover o processo de conhecimento, identificação e valorização do Sistema Único de Saúde, por meio da normatização infra-legal pelo Ministério da Saúde, gestor nacional do Sistema, resolve:

Art. 1º Aprovar o Regulamento do Sistema Único de Saúde - SUS, nos termos do Anexo a esta Portaria.

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

Art. 3º Ficam revogados os seguintes atos normativos' do Ministério da Saúde: Portaria nº 582, de 30 de junho de 1989; Portaria nº 980, de 26 de dezembro de 1989; Portaria nº 796, de 29 de maio de 1992; Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993; Portaria nº 799, de 20 de julho 1993; Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993; Portaria nº 772, de 7 de abril de 1994; Portaria nº 2.163, de 29 de dezembro de 1994; Portaria nº 2.415, de 12 de dezembro de 1996; Portaria nº 3.040, de 31 de junho de 1998; Portaria nº 3.407, de 5 de agosto 1998; Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998; Portaria nº 263, de 31 de março de 1999; Portaria nº 5.153, de 7 de abril de 1999; Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999; Portaria nº 935, de 22 de julho de 1999; Portaria nº 937, de 22 de julho de 1999; Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999; Portaria nº 1.091, de 25 de agosto de 1999; Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria nº 333, de 24 de março de 2000; Portaria nº 486, de 16 de maio de 2000; Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000; Portaria nº 799, de 19 de julho de 2000; Portaria nº 901, de 16 de agosto de 2000; Portaria nº 1.183, de 25 de outubro de 2000; Portaria nº 1.315, de 30 de novembro de 2000; Portaria nº 235, de 20 de fevereiro de 2001; Portaria nº 401, de 29 de março de 2001; Portaria nº 814, de 1º de junho de 2001; Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001; Portaria nº 1.531, de 4 de setembro de 2001; Portaria nº 1.559, de 6 de setembro de 2001; Portaria nº 1.893, de 15 de outubro de 2001; Portaria nº 2.009, de 30 de outubro de 2001; Portaria nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001; Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001; Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002; Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002; Portaria nº 371, de 4 de março de 2002; Portaria nº 541, de 14 de março de 2002; Portaria nº 703, de 12 de abril de 2002; Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002; Portaria nº 305, de 3 de maio de 2002; Portaria nº 1.060, de 5 de julho de 2002; Portaria nº 423, de 9 de julho de 2002; Portaria nº 1.560, de 29 de agosto de 2002; Portaria nº 1.686, de 20 de setembro de 2002; Portaria nº 2.104, de 19 de novembro de 2002; Portaria nº 2391 de 26 de dezembro de 2002; Portaria nº 653, de 28 de maio de 2003; Portaria nº 1.777, de 9 de setembro de 2003; Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003; Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003; Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003; Portaria nº 1.929, de 9 de outubro de 2003; Portaria nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003; Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004; Portaria nº 586, de 6 de abril de 2004; Portaria nº 1.035, de 31 de maio de 2004; Portaria nº 1.168, de 15 de junho de 2004; Portaria nº 1.169, de 15 de junho de 2004; Portaria nº 1.193, de 16 de junho de 2004; Portaria nº 1426, de 14 de julho de 2004; Portaria nº 340, de 14 de julho de 2004; Portaria nº 1679, de 13 de agosto de 2004; Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004; Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004; Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004; Portaria nº 2.692, de 23 de dezembro de 2004; Portaria nº 2.529, de 23 de novembro de 2004; Portaria nº 221, de 15 de fevereiro de 2005; Portaria nº 343, de 7 de março de 2005; Portaria nº 382, de 10 de março de 2005; Portaria nº 401, de 16 de março de 2005; Portaria nº 426, de 22 de março de 2005; Portaria nº 1.161, de 7 de julho de 2005; Portaria nº 1.391 de 16 de agosto de 2005; Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005; Portaria nº 5,

de 21 de fevereiro de 2006; Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria nº 491, de 9 de março de 2006; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria nº 687, de 30 de março 2006; Portaria nº 699, de 30 de março de 2006; Portaria nº 931, de 2 de maio de 2006; Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006; Portaria nº 1.010, de 8 de maio 2006; Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006; Portaria nº 1.160, de 29 de maio de 2006; Portaria nº 29, de 11 de julho de 2006; Portaria nº 363, de 11 de agosto de 2006; Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006; Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006; Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2006; Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006; Portaria nº 3.125, de 7 de dezembro de 2006; Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006; Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007; Portaria nº 487, de 2 de março de 2007; Portaria nº 487, de 2 março de 2007; Portaria nº 1683, de 13 de junho de 2007; Portaria nº 1.569, de 2 de julho de 2007; Portaria nº 1.626, de 10 de julho de 2007; Portaria nº 1.767, de 25 de julho de 2007; Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007; Portaria nº 2.656, de 18 de outubro de 2007; Portaria nº 2.759, de 26 de outubro de 2007, e a Instrução Normativa nº 1, de 7 de março de 2005, todas do Ministério da Saúde, e as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996; nº 251, de 7 de julho 1997; nº 292, de 8 de julho de 1999 e nº 340, de 8 de julho de 2004.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

REGULAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Art. 1º O Regulamento do Sistema Único da Saúde - SUS consiste na sistematização e consolidação dos atos normativos expedidos no âmbito do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas que regulamentam o funcionamento, a organização e a operacionalização do Sistema, dispondo sobre políticas e programas nacionais, diretrizes e estratégias 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. 2º O Regulamento do SUS será publicado e revisado periodicamente pela Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos do Ministério da Saúde, instituída pela Portaria nº 1.305, de 4 de junho de 2002, sob a coordenação da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde.

§ 1º Da primeira publicação do Regulamento constarão atos normativos expedidos no âmbito do Ministério da Saúde no período compreendido entre os anos de 1989 a 2007.

§ 2º A partir da primeira edição, o Regulamento será publicado e revisado a cada 2 (dois) anos pelo Ministério da Saúde.

CAPÍTULO I

DA ORGANIZAÇÃO, DA GESTÃO E DA ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE

Seção I

Da Gestão em Saúde

Art. 3º A Norma Operacional Básica - NOB - SUS 01/93, constante do Anexo I a este Regulamento, regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e das diretrizes para os investimentos no setor.

Art. 4º A Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002, aprovada nos termos do Anexo II a este Regulamento:

I - amplia as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica;

II - estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade;

III - cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde; e

IV - atualiza os critérios de habilitação de Estados e Municípios.

Art. 5º A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS estará disponível no portal do Ministério da Saúde, www.saude.gov.br, mais especificamente na área da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Subseção I

Do Pacto pela Saúde

Art. 6º O Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS está divulgado na forma do Anexo III a este Regulamento.

Art. 7º As Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes, Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, estão aprovadas na forma do Anexo IV a este Regulamento.

Art. 8º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos Municípios e Estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/2002, previstas na Seção I do Capítulo I deste Regulamento.

Art. 9º A regulamentação da implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas, obedecerão ao estabelecido neste Regulamento.

Art. 10. As responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano em curso e os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação de indicadores existentes serão afirmadas publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo V), Estadual (Anexo VI), do Distrito Federal (Anexo VII) e Federal (Anexo VIII).

§ 1º Nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal e Estadual podem ser acrescentadas outras metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação.

§ 2º As metas nacionais servem de referência para a pactuação das metas municipais, estaduais e do Distrito Federal, no que se refere às prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida.

§ 3º Deverá constar no verso dos documentos dos Termos de Compromisso de Gestão um glossário para facilitar sua compreensão.

§ 4º O Termo de Compromisso de Gestão terá os seguintes Anexos, que ficam instituídos conforme os respectivos modelos:

I - o extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos

Anexo IX;

II - a Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal - Anexo X;

III - o Termo do Limite Financeiro Global do Município e do Estado e do Distrito Federal - Anexos XI, XII e XIII; e

IV - o relatório dos Indicadores de Monitoramento, a ser implantado a partir de 2007.

Art. 11. O Termo de Cooperação entre Entes Públicos, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, em ato normativo próprio, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um Município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra.

§ 1º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos deve conter as metas e um plano operativo do acordo.

§ 2º Os órgãos e entidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção.

§ 3º A transferência de recursos, objeto do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, deverá ser feita conforme pactuação.

§ 4º Quando não couber o Termo de Cooperação entre Entes Públicos - TCEP, o Município deve encaminhar o Extrato do TCEP, assinalando a não-pertinência deste.

Art. 12. A Declaração da Comissão Intergestores Bipartite CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de um determinado Município.

Art. 13. O Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do Distrito Federal refere-se aos recursos federais de custeio, referentes à unidade federada, explicitando o valor correspondente a cada bloco.

§ 1º No Termo do Limite Financeiro Global do Município, no que se refere ao Bloco da Média e Alta Complexidade, serão discriminados os recursos para a população própria e os relativos à população referenciada.

§ 2º Os recursos relativos ao Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do Distrito Federal serão transferidos pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática, ao respectivo Fundo de Saúde, excetuando os recursos transferidos diretamente às unidades universitárias federais e aqueles previstos no Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

§ 3º O Termo do Limite Financeiro Global do Município deverá explicitar também os recursos de custeios próprios das esferas municipal e estadual e, caso não seja possível explicitá-los por blocos, dever-se-á informar apenas o total do recurso.

Art. 14. O Relatório de Indicadores de Monitoramento será gerado por um sistema informatizado na forma de Anexo ao Termo de Compromisso de Gestão.

Art. 15. Deverão ser obedecidas as seguintes normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal:

I - a alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definida de acordo com a Programação Pactuada e Integrada - PPI;

II - a alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e encaminhada ao Ministério da Saúde para publicação; e

III - as transferências, fundo a fundo, do Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios serão suspensas nas seguintes situações:

a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o 5º (quinto) dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual, do Distrito Federal ou Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de 1 (um) ano; e

c) indicação de suspensão decorrente de relatório da auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do Município, Distrito Federal ou Estado envolvido.

Art. 16. A construção dos Termos de Compromisso de Gestão Federal, Estadual, Municipal e do Distrito Federal deve ser um processo de negociação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos:

I - gestores municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Municipal;

II - gestores estadual e federal para o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e do Distrito Federal;

III - gestores federal, municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Federal;

IV - os gestores municipais devem acompanhar o processo de construção do Termo Estadual; e

VI - os gestores municipais e estaduais devem acompanhar o processo de construção do Termo Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde apoiará a negociação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, junto ao Município e Estado, quando solicitado.

§ 2º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal, quando não apresentarem condições de assumir integralmente as responsabilidades atribuídas a todos no Termo de Compromisso de Gestão na data de sua assinatura, devem pactuar um cronograma, parte integrante do referido Termo de Compromisso, com vistas a assumilas.

§ 3º As outras responsabilidades atribuídas aos Municípios serão pactuadas quando necessário, caso em que será estabelecido um cronograma.

§ 4º As ações necessárias para apoiar os Municípios e/ou o Estado para a consecução do cronograma referido no § 2º, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser expressas nos respectivos Planos de Saúde.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão Municipal deve ser construído em sintonia com o Plano Municipal de Saúde, em negociação com o Estado e os Municípios da sua região de saúde.

§ 6º O Termo de Compromisso de Gestão Estadual deve ser construído em sintonia com o Plano Estadual de Saúde, em negociação com o gestor federal e o representante dos gestores municipais de saúde, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

§ 7º O Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal deve ser construído em sintonia com o seu Plano de Saúde, em negociação com o gestor federal.

§ 8º O Termo de Compromisso de Gestão Federal deve ser construído em sintonia com o Plano Nacional de Saúde, em negociação com representantes dos gestores estaduais e municipais, na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

§ 9º Anualmente, no mês de março, serão revistas as metas, os objetivos e os indicadores dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal.

Art. 17. A aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal deverá seguir o seguinte fluxo:

I - aprovação no Conselho Municipal de Saúde;

II - encaminhamento para a Comissão Intergestores Bipartite - CIB;

III - após pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a Comissão Intergestores Tripartite o Extrato do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo XIV), juntamente com o Extrato do Termo de Compromisso entre Entes Públicos (Anexo IX); a Declaração da CIB de Comando Único do Gestor Municipal (Anexo X), observada a pactuação estabelecida; o Termo do Limite Financeiro Global do Município (Anexo XI); e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

IV - após receber os documentos, a CIB e a CIT terão o prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no inciso III para o Ministério da Saúde, visando à publicação de ato normativo contendo informações sobre o Termo

de Compromisso de Gestão Municipal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 18. A aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual deverá seguir o seguinte fluxo:

I - aprovação no Conselho Estadual de Saúde;

II - encaminhamento para a CIB;

III - após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão Estadual (Anexo VI), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do Estado (Anexo XII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

IV - após receber os documentos, a CIB e a CIT terão o prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no inciso III para o Ministério da Saúde, visando à publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 19. A aprovação do Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal deverá seguir o seguinte fluxo:

I - aprovação no Conselho de Saúde do Distrito Federal;

II - após aprovação no Conselho de Saúde do Distrito Federal, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal encaminhará à CIT o Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal (Anexo VII), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do Distrito Federal (Anexo XIII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

III - após receber os documentos, a CIT terá o prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

IV - após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no inciso II para o Ministério da Saúde, visando à publicação de ato normativo contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 20. A aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Federal deverá seguir o seguinte fluxo:

I - aprovação no Conselho Nacional de Saúde; e

II - encaminhamento do Termo de Compromisso de Gestão Federal (Anexo VIII) para a CIT, que terá 30 (trinta) dias para se posicionar.

Art. 21. Dever-se-á observar as seguintes regras de transição:

I - as responsabilidades e prerrogativas de Estados e Municípios, habilitados nas condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 01/96 e pela NOAS SUS 01/2002, previstas na Seção I do Capítulo I deste Regulamento, ficam mantidas até à assinatura do respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

II - os processos de habilitação de Municípios, conforme a NOAS SUS 01/2002, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento, que já tenham sido pactuados nas respectivas CIB até 30 de março de 2006, poderão ser homologados pela CIT;

III - apenas os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão farão jus às prerrogativas financeiras deste Pacto, tais como recursos para a gestão e regulação e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, excetuando as emendas parlamentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas e, além disso, o Ministério da Saúde poderá propor à CIT outros incentivos para os entes federados que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão; e

IV - após o término do prazo será feita uma avaliação tripartite, pela CIT, sobre a situação dos Estados e dos Municípios que não assinaram o Termo de Compromisso de Gestão no prazo estabelecido.

Art. 22. O processo de monitoramento do Pacto deverá seguir as seguintes diretrizes:

I - ser um processo permanente no âmbito de cada esfera de governo, dos Estados com relação aos Municípios do seu território, dos Municípios com relação ao Estado, dos Municípios e Estado com relação à União e da União com relação aos Estados, Municípios e Distrito Federal;

II - ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

III - monitorar os cronogramas pactuados nas situações em que o Município, o Estado e o Distrito Federal não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão; e

IV - desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

Parágrafo único. A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

Art. 23. Os processos de recursos dos Estados e dos Municípios deverão obedecer às seguintes regras e fluxo:

I - definir que as instâncias de análise e decisão dos processos de recursos dos Estados e dos Municípios, relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS, são a Comissão Intergestores Bipartite - CIB e a Comissão Intergestores Tripartite CIT.

§ 1º Enquanto é analisado o recurso no fluxo estabelecido, prevalece a decisão inicial que o gerou.

§ 2º Definir o seguinte fluxo para os recursos de Municípios:

I - em caso de discordância em relação a decisões da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, os Municípios poderão encaminhar recurso à própria CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos;

II - permanecendo a discordância em relação à decisão da Comissão Intergestores Bipartite - CIB quanto ao recurso, os Municípios poderão encaminhar o recurso à Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite - CIT para análise, pela sua Câmara Técnica, e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído;

III - a Comissão Intergestores Bipartite e a Comissão Intergestores Tripartite deverão observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso naqueles fóruns, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário; e

IV - transcorrido o prazo mencionado no inciso III e sem a apreciação do recurso, os Municípios poderão enviá-lo para a instância seguinte, definida neste artigo.

§ 3º Definir o seguinte fluxo para os recursos de Estados:

I - os Estados poderão encaminhar os recursos, com clara argumentação contida em exposição de motivos, à Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite para análise, pela sua Câmara Técnica, e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído;

II - em caso de discordância em relação à decisão da Comissão Intergestores Tripartite, os Estados poderão encaminhar novo recurso à própria CIT; e

III - a Comissão Intergestores Tripartite deverá observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da data do protocolo do recurso, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário.

§ 4º A Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite convocará o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, para analisar a admissibilidade do recurso e instruir o processo para o seu envio ao seu plenário.

§ 5º Os recursos deverão ser protocolados na Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite até 10 (dez) dias antes da reunião da CIT, para que possam ser analisados pelo Grupo de Trabalho.

§ 6º Será considerado o cumprimento do fluxo estabelecido neste Regulamento para julgar a admissibilidade do recurso no plenário da CIT.

§ 7º As entidades integrantes da Comissão Intergestores Tripartite podem apresentar recursos à CIT acerca de decisões tomadas nas Comissão Intergestores Bipartite visando suspender temporariamente os efeitos dessas decisões enquanto tramitam os recursos.

Subseção II

Do Sistema de Planejamento do SUS

Art. 24. O Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde - SUS obedecerá ao disposto neste Regulamento.

§ 1º O Sistema de que trata o caput deste artigo é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS.

§ 2º O Sistema pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais e regionais.

§ 3º Como parte integrante do ciclo de gestão, o Sistema buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, do monitoramento e da avaliação, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersectorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde.

§ 4º No cumprimento da responsabilidade de implementação do processo de planejamento, levar-se-ão em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade tanto de sua gestão quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Art. 25. São objetivos específicos do Sistema de Planejamento do SUS:

I - pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a ser adotados pelas três esferas de gestão;

II - formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

III - implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;

IV - desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;

V - apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo

aos gestores informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;

VI - promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; e

VII - monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Art. 26. Fica proposta a instituição de incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única.

§ 1º O incentivo de que trata o caput deste artigo destina-se a apoiar a organização e/ou a reorganização das ações de planejamento dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com vistas à efetivação do referido Sistema, com ênfase no desenvolvimento dos instrumentos básicos.

§ 2º O repasse do incentivo será efetuado após elaboração do programa de trabalho pactuado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

§ 3º O programa de trabalho de que trata o parágrafo anterior deverá contemplar medidas que possibilitem a operacionalização do Sistema de Planejamento do SUS, na conformidade dos objetivos deste Sistema, descritos no art. 25 deste Regulamento.

§ 4º Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde organizar, estruturar e/ou adequar o planejamento no seu âmbito e prestar o apoio necessário aos Municípios, de modo a evitar a pulverização dos recursos e a promover o funcionamento harmônico do Sistema de Planejamento do SUS no Estado.

Art. 27. O Sistema de Planejamento do SUS terá expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS.

§ 1º São instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS:

I - o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde; e

II - o Relatório de Gestão.

§ 2º Os instrumentos mencionados no § 1º deste artigo, em cada esfera de gestão do SUS, deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais - PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA, conforme dispositivos constitucionais e legais vigentes.

§ 3º O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS.

§ 4º O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Art. 28. As orientações gerais relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS estão previstas nos termos deste Regulamento, a saber:

I - Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais de Saúde; e

II - Relatório Anual de Gestão.

§ 1º A formulação e a implementação desses instrumentos conferem expressão concreta ao processo de planejamento do referido Sistema e devem ser desenvolvidos, em cada esfera de gestão, na conformidade de suas especificidades e necessidades.

§ 2º Os instrumentos básicos adotados pelo Sistema de Planejamento do SUS devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando

se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

§ 3º O Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por via de consequência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Art. 29. O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS.

§ 1º O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a ser buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

§ 2º O Plano de Saúde, como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e as peculiaridades próprias de cada esfera, configura a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

§ 3º O Plano deve, assim, contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

§ 4º No Plano, devem estar contidas todas as medidas necessárias à execução e ao cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão.

§ 5º A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos, a saber:

I - o da análise situacional; e

II - o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

§ 6º A análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas têm por base os seguintes eixos:

I - condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;

II - determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade; e

III - gestão em saúde.

§ 7º O Plano de Saúde deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo.

Art. 30. A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS.

§ 1º A Programação Anual de Saúde deve conter:

I - a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;

II - o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;

III - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e

IV - a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

§ 2º A Programação Anual de Saúde congrega de forma sistematizada, agregada e segundo a estrutura básica constante do § 1º deste artigo, as demais programações existentes em cada esfera de gestão.

§ 3º O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário e tem como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

Art. 31. O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

§ 1º Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas.

§ 2º O Relatório Anual de Gestão deve ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde.

§ 3º Em termos de estrutura, o Relatório deve conter:

I - o resultado da apuração dos indicadores;

II - a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); e

III - as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação etc.).

§ 4º Esse Relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle.

§ 5º O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.

§ 6º Os Relatórios Anuais de Gestão devem ser insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde, findo o seu período de vigência.

§ 7º Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações.

§ 8º Além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, a referida avaliação envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano.

Seção II

Da Administração Orçamentária e Financeira Subseção

I Dos Blocos de Financiamento

Art. 32. O financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle, obedecerão ao disposto neste Regulamento.

Art. 33. O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde.

Art. 34. Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

Art. 35. Os seguintes blocos de financiamento se dividem em:

I - Atenção Básica;

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

Art. 36. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

§ 1º Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme seus atos normativos, devendo ser movimentados, conforme legislação vigente, em conta bancária específica, respeitadas as normas estabelecidas em cada acordo firmado.

§ 2º Os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco.

Art. 37. Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

§ 1º Aos recursos relativos às unidades públicas próprias não se aplicam as restrições previstas no caput deste artigo.

§ 2º Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS, devem ser utilizados considerando que fica vedada a utilização desses recursos para pagamento de:

I - servidores inativos;

II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

IV - pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado; e

V - obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

§ 3º Os recursos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do bloco.

§ 4º A possibilidade de remanejamento dos recursos entre os blocos será regulamentada em ato normativo específico.

Art. 38. Aos recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo.

Art. 39. Os recursos que compõem cada bloco de financiamento poderão ser acrescidos de valores específicos, conforme respectiva pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 40. O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

I- Componente Piso da Atenção Básica Fixo - PAB Fixo; e

II - Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.

Art. 41. O Componente Piso da Atenção Básica - PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de Atenção Básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único. Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, incorporados ao Componente PAB Fixo, podem ser aplicados no financiamento dessas unidades.

Art. 42. O Componente Piso da Atenção Básica Variável PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da Atenção Básica em saúde, tais como:

I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

V - Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas;

VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos do Componente PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

§ 2º Os recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais correspondem a 5% (cinco por cento) do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

§ 3º Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e levados ao conhecimento do plenário da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, devendo atender a especificidades estaduais e ser transferidos mediante ato normativo específico do Ministério da Saúde.

§ 4º Os recursos federais referentes aos incentivos para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, poderão ser transferidos ao Distrito Federal, aos Estados e aos Municípios, conforme pactuação na CIB.

§ 5º Os recursos do Componente PAB Variável correspondentes atualmente às ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a integrar o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

§ 6º O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Atenção Básica está definido nos arts. nº 169 e 170, 321 a 331,

336 a 353 e 465 a 477, e nas Portarias do Ministério da Saúde nº 649, de 28 de março de 2006, nº 650, de 28 de março de 2006, e nº 847, de 2 de junho de 2005.

Art. 43. O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:

I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC; e

II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

Art. 44. O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente.

§ 1º Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem aqueles atualmente designados:

I - Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;

II - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;

III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;

IV - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;

V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS;

VI - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena - IAPI;

VII - Incentivo de Integração do SUS - INTEGRASUS; e

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo. § 2º Os recursos federais de que trata o caput desse artigo serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

Art. 45. Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, atualmente financiados pelo FAEC, serão

gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e devem ser publicados em atos normativos específicos, conforme cronograma e critérios a ser pactuados na CIT.

Parágrafo único. Enquanto o procedimento não for incorporado ao Componente Limite Financeiro MAC, este será financiado pelo Componente FAEC.

Art. 46. O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, considerando o disposto no art. 45, será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

II - transplantes e procedimentos vinculados;

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e

IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC.

§ 1º Projetos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade são financiados por meio do Componente FAEC, classificados no inciso III deste artigo.

Art. 47. Os procedimentos da Atenção Básica, atualmente financiados pelo FAEC, serão incorporados ao bloco de Atenção Básica dos Municípios e do Distrito Federal, conforme o cronograma previsto no art. 45 deste Regulamento:

I - 0705101-8 Coleta de material para exames citopatológicos;

II - 0705103-4 Coleta de sangue para triagem neonatal;

III - 0707102-7 Adesão ao componente I - Incentivo à Assistência Pré-Natal; e

IV - 0707103-5 Conclusão da Assistência Pré-Natal.

Art. 48. Os recursos que compõem o Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária.

Art. 49. O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes:

I - Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; e

II - Componente da Vigilância Sanitária.

§ 1º Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente.

§ 2º Os recursos deste bloco de financiamento devem ser utilizados conforme a Programação Pactuada e Integrada e a orientação do respectivo Plano de Saúde.

Art. 50. O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS e também pelos seguintes incentivos:

I - Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

II - Laboratórios de Saúde Pública;

III - Atividade de Promoção à Saúde;

IV - Registro de Câncer de Base Populacional;

V - Serviço de Verificação de Óbito;

VI - Campanhas de Vacinação;

VII - Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*;

VIII - Contratação dos Agentes de Campo;

IX - DST/Aids; e

X - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados ao Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

§ 2º Serão incorporados ao inciso II deste artigo - Laboratórios de Saúde Pública, os recursos da Vigilância Sanitária destinados a ações de apoio laboratorial.

Art. 51. No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios (VIGISUS II); e

II - Programa DST/AIDS.

Art. 52. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, denominado Teto Financeiro de Vigilância Sanitária - TFVISA, o qual será regulamentado em ato normativo específico pelo Ministério da Saúde.

Art. 53. O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Vigilância em Saúde está definido nas Portarias nºs 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004, 2.607/GM, de 28 de dezembro de 2005, 2.608/GM, de 28 de dezembro de 2005, 2.606/GM, de 28 de dezembro de 2005.

Art. 54. O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes:

I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e

III - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Art. 55. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica.

§ 1º O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

§ 2º A Parte Financeira Fixa do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em um valor per capita, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em Atenção Básica, transferido aos Estados, ao Distrito Federal e/ou os Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

§ 3º Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente.

§ 4º A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores per capita, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

§ 5º Os recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica referentes a medicamentos para os Programas de Asma e Rinite, Hipertensão e Diabetes, devem ser descentralizados para Estados, Distrito Federal ou Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

§ 6º Os demais recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e, posteriormente, nas Comissões Intergestores Bipartite, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nesses programas.

§ 7º Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação na CIT.

Art. 56. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - antirretrovirais do programa DST/AIDS;

III - sangue e hemoderivados; e

IV - imunobiológicos.

Art. 57. O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional - CMDE - destina-se ao financiamento de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em ato normativo específico.

§ 1º O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional é de responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

§ 2º Os recursos do Ministério da Saúde aplicados no financiamento do CMDE terão como base a emissão e aprovação das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo

APAC, emitidas pelos gestores estaduais, vinculadas à efetiva dispensação do medicamento e de acordo com os critérios técnicos definidos na Portaria nº 2.577/GM, de 27 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde.

§ 3º Trimestralmente, o Ministério da Saúde expedirá atos normativos com os valores a ser transferidos mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, apurados com base na média trimestral das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo - APAC, emitidas e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados para o Grupo 36 da Tabela SIA/SUS.

Art. 58. O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

Art. 59. O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e

II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;

Art. 60. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;

II - Planejamento e Orçamento;

III - Programação;

IV - Regionalização;

V - Gestão do Trabalho;

VI - Educação em Saúde;

VII - Incentivo à Participação e Controle Social;

VIII - Informação e Informática em Saúde;

IX - Estruturação de Serviços e Organização de Ações de Assistência Farmacêutica; e

X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º A transferência dos recursos no âmbito deste Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo, com incentivo específico para cada ação que integra o Componente.

Art. 61. O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:

I - implantação de Centros de Atenção Psicossocial;

II - qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;

III - implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;

IV - fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;

V - inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VI - implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO;

VII - implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;

VIII - reestruturação dos Hospitais-Colônia de Hanseníase;

IX - implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;

X - adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e

XI - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

Parágrafo único. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

Art. 62. A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á ao Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 1º A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se nos arts. 28 a 31 deste Regulamento.

Art. 63. Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos relatórios de gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes.

Art. 64. As despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido.

Art. 65. Os recursos que formam cada bloco e os respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos

aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco.

Art. 66. O controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento devem ser efetuados por meio dos instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a prestação de informações, de forma regular e sistemática, sem prejuízo do estabelecido no art. 58.

Art. 67. As transferências, fundo a fundo, do Ministério da Saúde para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios serão suspensas nas seguintes situações:

I - referentes ao bloco da Atenção Básica, quando da falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano e para o bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar quando se tratar dos Bancos de Dados Nacionais SIA, SIH e CNES;

II - referentes ao bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, quando do não-pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas;

III - referentes ao bloco de Vigilância em Saúde, quando os recursos nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios estiverem sem movimentação bancária e com saldos correspondentes a seis meses de repasse, sem justificativa; e

IV - quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do Estado, do Distrito Federal ou do Município envolvido, para o bloco de Financiamento correspondente à ação da auditoria.

Parágrafo único. A regularização do repasse da parcela mensal do Bloco de Vigilância em Saúde dar-se-á a partir do mês de competência da apresentação dos documentos comprobatórios do comprometimento de pelo menos 60% (sessenta por cento) do saldo existente no bloco.

Art. 68. Fica estabelecido o Termo de Ajuste Sanitário - TAS - como um instrumento formalizado entre os entes do Sistema Único de Saúde, no qual são constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do sistema.

Parágrafo único. Não será aplicável a utilização do TAS quando for comprovada a malversação de recursos.

Art. 69. Os recursos federais referentes aos cinco blocos de financiamento onerarão as ações detalhadas em ato específico.

Seção III

Da Auditoria

Art. 70. As denúncias sobre possíveis irregularidades no Sistema Único de Saúde, enviadas ao Ministério da Saúde, devem ser encaminhadas imediatamente ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS.

Art. 71. Serão apuradas diretamente pelo DENASUS as denúncias:

I - referentes aos serviços de saúde sob gestão federal;

II - que envolvem os órgãos da estrutura regimental do Ministério da Saúde ou a ele vinculados;

III - referentes às gestões estadual e municipal do SUS;

IV - formuladas pelos gestores estaduais e municipais do SUS;

V - encaminhadas pelos órgãos de controle interno e externo do Governo Federal; e

VI - referentes às ações e aos serviços de saúde de abrangência nacional, de conformidade com a política nacional de saúde.

Parágrafo único. Poderá ser apurada, também pelo DENASUS, a critério do seu dirigente, a ocorrência de qualquer fato que atente contra o regular funcionamento do SUS.

Art. 72. O DENASUS encaminhará imediatamente ao componente estadual ou municipal do SUS, para apuração, as denúncias de ocorrências não contidas nas hipóteses previstas no artigo anterior.

§ 1º O órgão destinatário concluirá o trabalho de apuração no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data do recebimento do expediente, e remeterá ao DENASUS relatório circunstanciado dos fatos ocorridos e das recomendações formuladas.

§ 2º Ocorrendo descumprimento do prazo citado no parágrafo anterior, o Diretor do DENASUS determinará a imediata apuração da denúncia.

Art. 73. Fica fixado o prazo de 15 (quinze) dias para que as unidades locais do Sistema Nacional de Auditoria - SNA enviem ao DENASUS respostas, informações ou esclarecimentos que lhes sejam solicitados, a contar da data do recebimento do pedido no órgão de destino.

Parágrafo único. Vencido o prazo previsto no caput deste artigo, sem atendimento do pedido, ou com atendimento insatisfatório a critério do Diretor do DENASUS, este procederá conforme o estabelecido no § 2º do art. 72 deste Regulamento.

Art. 74. Para cumprimento do disposto no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, o DENASUS executará auditoria programada relativamente ao componente federal do SNA, compreendendo Auditoria de Gestão e Auditoria Especializada.

§ 1º A Auditoria de Gestão abrange a verificação das estruturas administrativas, dos processos e métodos de trabalho, das ações finalísticas e dos resultados.

§ 2º A Auditoria Especializada será organizada por campo de atuação médica, programa de saúde, ou por região geográfica, e observará os seguintes critérios, além de outros que se fizerem necessários em cada caso:

I - abordagem crítica das ações e serviços de saúde, quanto à aplicação de recursos e à qualidade e eficácia da assistência; e

II - impacto de atuação em face das prioridades estabelecidas nas políticas de saúde.

Art. 75. Os componentes do SNA manterão banco de dados das auditorias realizadas, que poderão ser acessados pelo Município, pelo Estado e também pelo DENASUS.

Art. 76. O Diretor do DENASUS encaminhará os resultados das auditorias aos dirigentes dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde competentes para a adoção das providências de correção das irregularidades apontadas, inclusive para apuração de

responsabilidades, se couber, dando ciência ao denunciante, quando for o caso.

Art. 77. Sem prejuízo do cumprimento das obrigações legais inerentes à sua condição funcional, os servidores do SNA guardarão sigilo sobre o teor das denúncias que conhecerem e sobre a identidade dos denunciantes.

Art. 78. O Diretor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS fica autorizado a expedir normas complementares para o cumprimento deste Regulamento.

Seção IV

Da Ouvidoria

Art. 79. A Ouvidoria-Geral da Saúde obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Art. 80. À Ouvidoria-Geral incumbe receber, processar, examinar, propor soluções e encaminhar ao exame dos órgãos competentes as sugestões, queixas, reclamações e denúncias, vedado o anonimato sobre questões que envolvam o direito à saúde, garantido pela Constituição e pelas leis, bem como sobre aspectos relacionados com possíveis impropriedades e irregularidades na condução dos assuntos administrativos e técnicos no Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O direito de que trata o caput deste artigo poderá ser exercido a qualquer momento, objetivando a defesa de interesses legalmente protegidos contra atos ilícitos, erros, omissões ou abuso das autoridades administrativas, especialmente da área de atuação do Ministério da Saúde ou de suas entidades vinculadas.

Art. 81. As providências e esclarecimentos solicitados pela Ouvidoria-Geral terão prioridade de atendimento pelos órgãos e entidades administrativas diretamente atingidas, sendo fixado um prazo limite para o fornecimento de informações precisas sobre fatos e acontecimentos apurados, em investigação ou em exame.

Art. 82. A análise do material da reclamação e do esclarecimento está sujeita a novas providências ou esclarecimentos, a critério da Coordenação da Ouvidoria, que poderá enviá-las aos órgãos de controle interno ou externo, de auditoria, da Advocacia-Geral da União ou do Ministério Público, conforme o caso.

Art. 83. A Ouvidoria-Geral da Saúde funcionará como órgão de assessoria especial, subordinado administrativamente ao Gabinete do Ministro e manterá estreita relação operacional com a Assessoria de Comunicação Social, que avaliará juntamente com a equipe da Ouvidoria, a publicação dos relatórios de trabalho a cada trimestre.

Art. 84. A estrutura organizacional da Coordenação-Geral do Sistema contará com recursos humanos qualificados e especializados, designados para esse fim.

Art. 85. O suporte técnico-administrativo, necessário ao desempenho das tarefas e atribuições da Ouvidoria, será viabilizado pela estrutura administrativa do Ministério da Saúde, mediante fundamentação de apoio requerida pela Coordenação da Ouvidoria.

Art. 86. Ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, no exercício das competências que lhe são designadas pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, caberá centralizar o recebimento das denúncias formuladas por servidores e cidadãos interessados, relativamente às atividades e procedimentos internos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 87. Para facilitar e dinamizar o acesso dos cidadãos e servidores, o Ministério da Saúde providenciará a criação de um link, no portal do Ministério - www.saude.gov.br -, com a exclusiva finalidade de recebimento das denúncias e reclamações.

Art. 88. Deverá também ser disponibilizado aos cidadãos e servidores um número único nacional e gratuito, para que as denúncias e reclamações possam ser efetivadas por meio telefônico.

Art. 89. O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, encaminhará ao Gabinete do Ministro, para providências cabíveis, com periodicidade mensal, relatório circunstanciado, narrando as denúncias recebidas e as medidas adotadas.

Parágrafo único. As denúncias de cometimento de infrações penais deverão ser enviadas, de imediato, à Chefia de Gabinete do Ministro, para fins de encaminhamento ao Departamento de Polícia Federal e ao Ministério Público Federal, sempre que necessário.

Subseção I

Do Serviço de Atendimento ao Usuário do SUS

Art. 90. O Serviço de Atendimento ao Cidadão/ Usuário do Sistema Único de Saúde - SAC/SUS, instituído no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

§ 1º O Serviço ora instituído tem como objetivo identificar a necessidade e/ou opinião do cidadão/usuário do SUS e desenvolver os serviços, produtos e processos necessários ao seu atendimento.

§ 2º O SAC/SUS é composto de um sistema informatizado, com fluxo de informações via Internet, e compreende:

I - cartas aos usuários do SUS constando de dados referentes à assistência/tratamento;

II - demandas dos cidadãos/usuários;

III - programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH, instituído pela Portaria nº 3.408/GM, de 5 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

§ 3º O inciso II do § 2º deste artigo refere-se a todos os cidadãos brasileiros, não necessariamente usuários, que procuram o SUS para apresentar elogios, reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e pedidos de informações, tratando de interesses próprios ou de terceiros.

Art. 91. Cabe ao Serviço de Atendimento ao Cidadão/Usuário do Sistema Único de Saúde - SAC/SUS de que trata o art. 90 deste Regulamento:

I - execução e coordenação das atividades do Sistema de Cartas aos Usuários do SUS;

II - identificação, classificação e priorização de necessidades apresentadas pelos cidadãos/usuários do SUS;

III - planejamento, execução e verificação de ações visando atender às necessidades dos cidadãos/usuários do SUS; e

IV - coordenação das atividades do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH, que consiste na avaliação anual de todos os hospitais vinculados ao SUS, de acordo com parâmetros estabelecidos e divulgados, disponibilizados aos gestores de saúde via Internet.

Parágrafo único. O coordenador do SAC/SUS será designado em ato próprio do Secretário de Atenção à Saúde e as atividades a ser desenvolvidas pelo Serviço estarão diretamente subordinadas a esse titular.

CAPÍTULO II

DA ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I

Do Acesso aos Serviços de Saúde

Subseção I

Do Cartão Nacional de Saúde

Art. 92. O Cartão Nacional de Saúde é o instrumento de identificação unívoca dos usuários do SUS e de informação sobre o atendimento individual prestado pelos serviços de saúde.

Art. 93. O Cartão Nacional de Saúde permitirá a identificação dos usuários das ações e serviços de saúde perante o SUS, sendo de uso pessoal e intransferível, de acesso universal e gratuito.

Art. 94. O Sistema Cartão Nacional de Saúde, de validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular, é coordenado pelo Ministério da Saúde e permite o cadastramento dos usuários e profissionais de saúde e o acompanhamento contínuo dos atendimentos de saúde prestados à população.

§ 1º O Sistema Cartão Nacional de Saúde tem como objetivo vincular o atendimento prestado ao usuário, ao profissional que o realizou e ao estabelecimento assistencial de saúde responsável pela sua realização, o que pressupõe a vinculação entre três cadastros:

I - o cadastro de Usuários do SUS, que permitirá a emissão do Cartão Nacional de Saúde, ou CARTÃO SUS, com o número individual de identificação gerado com base no Número de Identificação Social - NIS, administrado pela Caixa Econômica Federal, e acrescido de 4 dígitos de uso exclusivo da saúde;

II - o Cadastro de Profissionais de Saúde, que permitirá a emissão do cartão do profissional contendo o número de identificação gerado com base no Número de Identificação Social

- NIS, administrado pela Caixa Econômica Federal, e acrescido de 4 dígitos de uso exclusivo da saúde;

III - o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, que permitirá a emissão do número único de identificação do estabelecimento, administrado pela Secretária de Atenção à Saúde SAS, do Ministério da Saúde.

§ 2º O CARTÃO SUS será emitido pelo Ministério da Saúde e conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - nome do cidadão;

II - número do cartão;

III - data de nascimento;

IV - unidade federada de residência;

V - município de residência; e

VI- gênero do Cidadão.

§ 3º Em se tratando de pessoas incapazes, temporária ou definitivamente, e dos menores de idade, até 16 anos, as informações cadastrais serão de responsabilidade do responsável legal.

Art. 95. Todos os brasileiros, natos ou naturalizados, bem como os estrangeiros com residência permanente no País, têm direito ao CARTÃO SUS, independentemente de sua idade.

Art. 96. A ausência do CARTÃO SUS não poderá impedir o atendimento à pessoa brasileira ou estrangeira, com qualquer tipo de visto de entrada no País, em qualquer unidade de saúde integrante do Sistema Único de Saúde, sob pena do cometimento de crime de omissão de socorro.

Parágrafo único. O porte e o uso do Cartão Nacional de Saúde pela população devem ser estimulados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mediante campanhas educativas e de esclarecimento, e sua utilização deverá ser observada sempre que o cidadão procurar serviços de saúde na rede pública e naquela contratada e/ou conveniada com o SUS.

Art. 97. São princípios que informam o Sistema do CARTÃO SUS:

I - pertencem à pessoa identificada no cartão todos os dados e informações individuais registradas no sistema informatizado que compõe o CARTÃO SUS;

II - todos os profissionais vinculados, sob qualquer forma, ao sistema de saúde estão obrigados a respeitar e garantir que os dados e as informações individuais do atendimento, captadas pelo sistema CARTÃO SUS sejam indevassáveis, portanto sigilosas;

III - o sistema informatizado CARTÃO SUS, em âmbito nacional, deve garantir a confidencialidade, a integralidade e a segurança tecnológica no registro, na transmissão, no armazenamento e na utilização dos dados e informações individuais.

Art. 98. Os gestores do SUS e os prestadores de serviços contratados ou conveniados responsabilizam-se, na forma da legislação vigente e aplicável à espécie, pela guarda, segurança e confidencialidade dos dados gerados e transmitidos no Sistema do Cartão Nacional de Saúde, comprometendo-se a não divulgar, sob nenhuma forma ou meio eletrônico, disquete, CD, fitas magnéticas, e-mail, papel, fita cassete ou de vídeo, outras mídias existentes ou que venham a ser criadas, quaisquer informações e dados individualizados, quer por seus dirigentes, prepostos e/ou funcionários de qualquer natureza.

§ 1º As restrições à divulgação dos dados e informações do Sistema aplicam-se somente aos registros individualizados, ou seja, aqueles que permitem a identificação do beneficiário do atendimento.

§ 2º A divulgação de dados e informações consolidadas

sem identificação do beneficiário - não é atingida por estas restrições e deve ser estimulada.

Art. 99. O Ministério da Saúde, mediante normatização interna de Política de Acesso e tecnologia de segurança implantada na guarda dos dados e na operação do Sistema Cartão Nacional de Saúde, cuidará para que os dados e as informações sob sua responsabilidade não sejam violados, respeitando-se o direito constitucional à intimidade, à vida privada, à integralidade das informações e à confidencialidade dos dados.

§ 1º Cabe aos profissionais de saúde da rede pública e privada, conveniada ou contratada pelo SUS, e aos servidores públicos, o respeito ao segredo profissional previsto em códigos de ética

profissionais, nas leis, decretos, regulamentos, portarias e estatutos de servidores.

§ 2º Os Estados, os Municípios e as entidades privadas que participam do SUS de forma complementar, ficam obrigados a garantir a mesma segurança tecnológica dos dados sob incumbência do Ministério da Saúde, devendo seus profissionais de saúde, servidores públicos e empregados, inclusive terceirizados, manter o segredo profissional e a confidencialidade sobre os dados constantes no cadastro e demais informações de atendimento individual realizado.

§ 3º A contratação de entidades prestadoras de serviços de saúde que participam do SUS, sob forma de contrato ou convênio, deverá conter cláusulas definidoras desses deveres, considerando-se como inexecução contratual ou de convênio, qualquer violação a esses princípios constitucionais, sujeitando-se os infratores às penas previstas na legislação aplicável.

Art. 100. A implantação do Sistema Cartão Nacional de Saúde e a captação de informações sobre o atendimento não substitui a obrigação de manutenção de prontuário do paciente, conforme legislação em vigor.

Parágrafo único. Os dados dos pacientes deverão permanecer armazenados sob sigilo, pelo prazo previsto no art. 29 do Decreto nº 2.143, de 5 de fevereiro de 1997.

Art. 101. O Sistema Cartão Nacional de Saúde implementará, no prazo de 1 (um) ano, a Política de Acesso aos Dados e Informações a ser definida em normatização complementar.

Art. 102. Os Estados e os Municípios, como gestores do SUS em seu âmbito de governo, ficam submetidos aos deveres de manter sob sigilo todos os dados informatizados componentes do Sistema Cartão Nacional de Saúde, devendo responder pelas faltas cometidas em seu âmbito de atuação.

Art. 103. O servidor público que revelar informação obtida mediante acesso aos dados informatizados captados pelo Sistema Cartão Nacional de Saúde, fica sujeito às penas do art. 325 do Código Penal, além das penalidades disciplinares previstas nos respectivos estatutos dos servidores públicos federal, estadual e municipal e Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991.

Art. 104. O profissional de saúde sujeito ao segredo profissional que revelar, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão do exercício de sua profissão ou ofício, fica sujeito às penas

previstas no art. 154 do Código Penal, além das penalidades disciplinares previstas no código de ética de sua profissão, cabendo à Administração Pública comunicar o fato ao conselho profissional competente e ao Ministério Público.

Art. 105. Compete ao servidor público orientar, instruir e facilitar a expedição do CARTÃO SUS, sob pena de serem adotadas medidas disciplinares, uma vez que qualquer ato que dificulte o atendimento do usuário será considerado como infração disciplinar, punível na forma prevista nas leis que regulamentam o regime jurídico do servidor que atua no Sistema Único de Saúde, em qualquer esfera de governo.

Art. 106. Qualquer ato tendente a dificultar o acesso de pessoa não portadora do Cartão Nacional de Saúde às ações e serviços de saúde constitui infração e deverá ser considerado como inexecução contratual, no caso de entidade prestadora de serviços ao SUS, na forma da legislação pertinente, cabendo ao empregado e dirigente dessas entidades envidarem todos os esforços para facilitar a expedição do CARTÃO SUS.

Art. 107. Os Municípios e os Estados onde já estiver implantado o Sistema do Cartão Nacional de Saúde devem assegurar que todos os atendimentos do SUS realizados em sua área de jurisdição, pela rede própria e/ou contratada e conveniada, sejam registrados e coletados de forma automatizada nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, nos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o Cartão.

Subseção II

Da Internação Domiciliar

Art. 108. A Internação Domiciliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Art. 109. A Internação Domiciliar, no âmbito do SUS, é o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim.

Art. 110. Os Serviços de Internação Domiciliar serão integrados por:

I - Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar, compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem; e

II - Equipes Matriciais de Apoio, podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de Internação Domiciliar, ou mesmo com a rede de serviços de saúde, composta por outros profissionais de nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados.

Art. 111. Uma Equipe Multiprofissional de Internação Domiciliar deverá se referir a uma população mínima de 100.000 (cem mil) habitantes.

Parágrafo único. Os Municípios poderão habilitar uma equipe por grupo populacional de referência de 100.000 (cem mil) habitantes.

Art. 112. Deverá ser alcançada a meta da média de 30 (trinta) internações/mês por equipe, com média de permanência de até 30 (trinta) dias.

Art. 113. Os Serviços de Internação Domiciliar deverão garantir retaguarda no período da noite e nos finais de semana para as pessoas sob cuidado das equipes.

Art. 114. De acordo com os Anexos XV e XVI a este Regulamento, o roteiro e as condições mínimas para credenciamento dos Serviços de Internação Domiciliar deverão ser explicitados na elaboração dos programas locais de internação domiciliar.

Art. 115. Serão considerados como prioridade de eleição os seguintes grupos populacionais:

I - idoso;

II - portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;

III - portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e

IV - portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

Parágrafo único. Outras prioridades, além das definidas neste artigo, poderão ser estabelecidas localmente.

Art. 116. A exclusão de usuários deverá ser estabelecida de acordo com a complexidade do modelo proposto:

I - com necessidade de ventilação mecânica;

II - com necessidade de monitorização contínua;

III - com necessidade de enfermagem intensiva;

IV - com necessidade de propedêutica complementar com demanda potencial de realização de vários procedimentos diagnósticos em seqüência com urgência:

V - em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves ou de difícil administração;

VI - com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; e

VII - que não tenham cuidador contínuo identificado.

Parágrafo único. Outros critérios de exclusão serão definidos pelos protocolos locais.

Art. 117. Os serviços que preencherem os requisitos constantes neste Regulamento passarão a dispor das condições necessárias para se integrarem ao Sistema Único de Saúde e receberão a remuneração por equipe em funcionamento, de acordo com os tetos financeiros previstos pelo Ministério da Saúde para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Art. 118. Os recursos, no montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) por equipe, por mês, deverão ser incorporados aos limites financeiros anuais dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios.

Parágrafo único. Não serão admitidas superposições de equipes em uma mesma base territorial ou populacional.

Art. 119. O incentivo financeiro para implementação e funcionamento das equipes de internação domiciliar será em parcela única, no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por equipe.

Art. 120. Os recursos orçamentários, ref. a internação domiciliar, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585-0035, Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena Avançada.

Art. 121. Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS a regulamentação sobre a Internação Domiciliar prevista nesta

subseção, bem como a adoção das medidas necessárias ao fiel cumprimento do que nele está disposto.

Subseção III

Da Política Nacional de Atenção às Urgências

Art. 122. O conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências estão estabelecidos nos termos do Anexo XVII a este Regulamento.

Art. 123. A Normatização dos Serviços de Atendimento Pré Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que venham a ser criados no País, está prevista nos termos do Anexo XVIII a este Regulamento.

Art. 124. A Secretaria de Atenção à Saúde, dentro de seus respectivos limites de competência, deverá adotar providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas neste Regulamento, no que tange à Regulação Médica das Urgências.

Art. 125. A Política Nacional de Atenção às Urgências deverá ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 126. A Política Nacional de Atenção às Urgências será composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, devendo ser organizada de forma que permita:

I - garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios);

II - consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;

III - desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da preparação de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

V - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do Sistema Único de Saúde em seus três níveis de gestão;

VI - integrar o complexo regulador do Sistema Único de Saúde, promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais;

VII - qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Art. 127. A Política Nacional de Atenção às Urgências deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

II - organização de redes locais de atenção integral às urgências, como elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:

a) componente Pré-Hospitalar Fixo: Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme a Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde;

b) componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e serviços associados de

salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas - 192;

c) componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipos I e II e das unidades hospitalares de referência tipos I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semiintensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências; e

d) componente Pós-Hospitalar: modalidade de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;

III - instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;

IV - capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, 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; e

V - orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

Art. 128. A Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, deverá adotar todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Art. 129. O componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em Municípios e regiões de todo o território brasileiro, é a primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme as orientações gerais previstas neste Regulamento.

Art. 130. O financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel visará à implantação e implementação dos SAMU - 192.

Art. 131. Para a organização da primeira etapa de implantação dos SAMUs, serão destinados recursos para a aquisição de 650 (seiscentos e cinquenta) unidades de suporte básico de vida e 150 (cento e cinquenta) unidades de suporte avançado de vida, equipamentos, construção, reforma e/ou ampliação de até 152 (cento e cinquenta e duas) Centrais SAMU-192 e estruturação de 27 (vinte e sete) Laboratórios de Ensino em Procedimentos de Saúde para os Núcleos de Educação em Urgência.

§ 1º Os bens adquiridos e os serviços realizados com os recursos de investimento previstos no caput deste artigo deverão ser repassados às Secretarias de Saúde municipais e estaduais e serão destinados exclusivamente à implantação ou implementação do SAMU.

§ 2º Com os recursos de investimento previstos no caput deste artigo, o Ministério da Saúde poderá adquirir os veículos móveis (ambulâncias) e os respectivos equipamentos necessários à instalação das unidades de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida, que posteriormente serão transferidos aos Estados e aos Municípios, devidamente qualificados, em atendimento aos termos de convênio de cessão a ser celebrado após a aprovação dos projetos correspondentes, devendo esses bens transferidos observar a padronização visual constante do Anexo XIX - item F, a este Regulamento.

§ 3º As ambulâncias serão adquiridas na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 (cem mil) a 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 (quatrocentos mil) a 450.000 (quatrocentos e cinquenta mil) por habitantes.

§ 4º Com os recursos de investimento previstos no caput deste artigo, o Ministério da Saúde poderá adquirir equipamentos necessários ao funcionamento do Laboratório de Ensino em Procedimentos de Saúde, que posteriormente serão transferidos aos Estados e aos Municípios, devidamente qualificados, em atendimento aos termos de convênio a ser celebrado após a aprovação dos projetos correspondentes, respeitados os critérios constantes no Anexo XIX, item D, a este Regulamento.

§ 5º Os recursos para capacitação de multiplicadores que atuarão junto aos Núcleos de Educação em Urgências serão repassados

mediante convênio, no montante de até R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) por Núcleo.

§ 6º A compra de soluções para as adequações físicas, equipamentos e softwares para as Centrais SAMU-192 será objeto de ato normativo específico, buscando contemplar as necessidades existentes nas diferentes realidades, sendo os equipamentos ou recursos financeiros disponibilizados mediante celebração de convênios, respeitados os critérios de gestão constantes no Anexo XIX, item B, a este Regulamento.

§ 7º Para aquisição de equipamentos e adequação de áreas físicas das 152 (cento e cinquenta e duas) centrais de regulação previstas no caput deste artigo, serão despendidos recursos à medida do porte das centrais, proporcionalmente à população a ser atendida, nos seguintes parâmetros:

I- equipamentos:

a) para Municípios com população até 250.000 (duzentos e cinquenta mil) habitantes: até R\$ 100.000,00 (cem mil reais);

b) para Municípios com população entre 250.000 (duzentos e cinquenta mil) e 500.000 (quinhentos mil) habitantes: até R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais); e

c) para Municípios com população acima de 500.000 (quinhentos mil) habitantes: até R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais);

II - área física:

a) para Municípios com população até 250.000 (duzentos e cinquenta mil) habitantes: até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais);

b) para Municípios com população entre 250.000 (duzentos e cinquenta mil) e 500.000 (quinhentos mil) habitantes: até R\$ 100.000,00 (cem mil reais); e

c) para Municípios com população acima de 500.000 (quinhentos mil) habitantes: até R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais).

§ 8º Os recursos a ser transferidos pelo Ministério da Saúde em decorrência do disposto neste artigo não poderão ser utilizados para o financiamento de prestadores da rede privada, filantrópica e lucrativa.

§ 9º Os recursos de investimento e custeio terão seus repasses limitados às Secretarias de Saúde qualificadas que se responsabilizarem pela gestão e gerência do SAMU e das Centrais SAMU - 192.

Art. 132. As despesas de custeio do componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências serão de responsabilidade solidária, de forma tripartite, entre a União, os Estados e os Municípios, correspondendo à União 50% (cinquenta por cento) do valor estimado para esses custos.

§ 1º O restante dos recursos necessários para o custeio das equipes será coberto pelos Estados e Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida em cada Comissão Intergestores Bipartite, e deverá estar expresso nos projetos que serão enviados ao Ministério da Saúde, incluindo os mecanismos adotados de repasse desses recursos entre Estados e Municípios.

§ 2º Os recursos de custeio repassados pelo Ministério da Saúde deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação dos SAMU.

Art. 133. O recebimento dos recursos de custeio para a implantação do componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, implicará a interrupção e revisão dos mecanismos de financiamento atualmente estabelecidos, correspondentes às atividades de atenção móvel às urgências.

Parágrafo único. Para os efeitos do cumprimento do disposto neste artigo:

I - aos SAMU não será autorizada a apresentação de faturamento de serviços com base na tabela SIA-SUS, por intermédio dos procedimentos Trauma I e Trauma II, uma vez que seus custos devem estar previstos no projeto a ser contemplado no âmbito do componente da Política Nacional de Atenção às Urgências; e

II - os Corpos de Bombeiros e Polícia Rodoviária Federal cadastrados no Sistema Único de Saúde e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA-SUS, para efeitos de registro e faturamento de suas ações.

Art. 134. A captação dos recursos federais necessários à implantação do componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências ficará condicionada à

comprovação do cumprimento dos seguintes pré-requisitos e compromissos:

I - elaboração, formalização e apresentação de Planos Municipais ou Regionais de Atenção Integral às Urgências, articulados ao Plano Estadual de Atenção às Urgências, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite, de acordo com as seguintes orientações:

a) os Planos de Atenção Integral às Urgências deverão explicitar o compromisso de cada uma das unidades e serviços que comporão a rede de atenção e o sistema de referência e contrarreferência, além da implantação da política denominada "vaga zero" nas portas de urgência, conforme o disposto na Portaria nº 2.048, de 5 de dezembro de 2002, do Ministério da Saúde;

b) os Planos deverão conter as grades de referência e contrarreferência, por especialidade ou área de atuação, envolvendo todos os serviços do sistema, desde as Unidades Básicas de Saúde - UBS e unidades saúde da família, as unidades não-hospitalares de atenção às urgências, prontos-socorros hospitalares e demais unidades, considerando seu papel potencial, seja como solicitantes ou receptoras, seja como unidades públicas ou contratadas ou conveniadas, considerando os termos do Anexo XIX, item E, a este Regulamento;

c) nos casos em que a pactuação aponte a implantação de sistemas regionais, a coordenação do processo de elaboração do Plano Regional será das Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação das Secretarias Municipais envolvidas;

d) a coordenação do processo de elaboração do Plano Estadual será das Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS;

II - apresentação de projeto de implantação/implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, com a respectiva Central SAMU-192, de caráter local ou regional, com acesso gratuito pelo número nacional de urgências (192), em consonância com as diretrizes contidas na Portaria nº 2048, 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde;

III - apresentação de proposta de implantação/implementação da área de Educação em Urgências, com a respectiva proposta pedagógica de capacitação dos profissionais de nível técnico, superior e agentes sociais que atuam/atuarão no setor, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas na

Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde;

IV - implantação das Coordenações Estaduais de Urgência, das Coordenações Municipais de Urgência e das Coordenações Regionais de Urgência, quando necessário;

V - elaboração, formalização e apresentação de proposta de estruturação e funcionamento do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal, conforme estrutura e atribuições constantes no Anexo XIX, item C, a este Regulamento;

VI - apresentação de Termo de Adesão ao Plano Municipal ou Regional de Atenção às Urgências, assinado pelos gestores e pelos diretores e coordenadores dos serviços que o compõem;

VII - apresentação do Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações previstas neste projeto;

VIII - submissão do pleito de qualificação para análise à aprovação:

a) dos respectivos Comitês Gestores do Sistema de Urgências - municipal, estadual e regional, conforme o caso;

b) do Conselho de Saúde, comprovando por meio de ata a aprovação do Plano de Atenção às Urgências e do Termo de Adesão, devendo em projetos de abrangência regional, ser apresentadas as atas dos respectivos Conselhos Municipais e do Conselho Estadual de Saúde; e

c) da Comissão Intergestores Bipartite;

IX - os Municípios deverão comprovar capacidade de realizar, no mínimo, os procedimentos PABA acrescidos dos procedimentos M1, conforme especificado no Anexo I, em especial no que tange à atenção às urgências, conforme detalhado na Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde (Capítulo I - itens 1, 2 e 3, Capítulo III - itens 1 e 2 e Capítulo V), para as Unidades Hospitalares Gerais de Tipo I;

X - apresentação trimestral de indicadores de desempenho do serviço, baseados no tempo resposta e seus componentes, casuística de atendimento e taxas de mortalidade evitável e

mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevivência e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar, conforme o Anexo XIX, item A, a este Regulamento;

XI - comprovação de que a contratação dos recursos humanos respeita a legislação vigente, não sendo permitida a precariedade de vínculo nas relações de trabalho;

XII - apresentação de planejamento com vistas a ampliar a captação de órgãos destinados aos transplantes;

XIII - disponibilização do banco de dados dos SAMU para implementar os registros de traumatismos não-intencionais e violências em geral, traumatismos no trabalho e o controle sobre doenças de notificação compulsória e outras condições de interesse para o desenvolvimento de estratégias promocionais;

XIV - estabelecimento de parceria com os Conselhos Tutelares da Infância e da Adolescência, notificando suspeitas de violência e negligências como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente;

XV - implantação de ações que busquem a humanização do atendimento em urgências, com objetivo definido de fortalecer as relações entre os trabalhadores de saúde e destes com o doente e seus acompanhantes; e

XVI - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos.

§ 1º O projeto de que trata o inciso II deste artigo deverá incluir a planta física proposta para a Central SAMU-192 e seu custo respectivo.

§ 2º O Termo de que trata o inciso VI deste artigo deverá afirmar compromissos e funções dos diferentes agentes políticos, envolvendo os em um processo de diagnóstico / adequação operacional de caráter permanente e dinâmico.

§ 3º Os Municípios e os Estados que atendam aos critérios estabelecidos neste artigo e que já possuam serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, operados nos moldes da legislação vigente, poderão solicitar complementação dos

recursos físicos e financeiros, fazendo jus, após aprovação do pleito, ao montante global dos recursos de custeio, incluída a parte já existente do serviço.

Art. 135. As Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde com serviços de atenção pré-hospitalar e Central SAMU - 192 já em funcionamento nos moldes da legislação vigente farão jus imediato aos recursos de custeio mediante apresentação ao Ministério da Saúde de projetos que contemplem:

I - breve histórico do serviço: data de inauguração, localização (se tem sede própria ou não), principais avanços e entraves observados na atenção pré-hospitalar móvel no Município ou Estado;

II - garantia de atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada;

III - cópia do ato formal de constituição do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, seu regimento e respectivos componentes;

IV - cópia dos documentos de cada uma das Viaturas de Suporte Básico e Avançado de Vida em condições de uso que compõem sua frota, devendo estar com seus licenciamentos e seguros obrigatórios em dia;

V- contrato(s) de manutenção específico(s) ou declaração do gestor dando garantia de manutenção para a frota do SAMU;

VI - lista nominal de todos os profissionais que compõem a equipe, por categoria profissional, com suas modalidades de contratação, indicando os nomes do Gerente do Serviço e das Chefias Médica e de Enfermagem, especificando as demais, se houver;

VII - escala mensal dos últimos dois meses dos profissionais que compõem as equipes das viaturas e da Central SAMU-192: Médicos Reguladores e Intervencionistas, Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem, Motoristas, Telefonistas, Auxiliares de Regulação e Operadores de Frota; e

VIII - Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde, dependendo da pactuação estabelecida, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, referentes ao

custeio, no desenvolvimento das ações previstas para a implantação do componente pré-hospitalar móvel;

Art. 136. O pleito de qualificação deve ser submetido à análise e aprovação:

I - dos respectivos Comitês Gestores do Sistema de Urgências (municipal, estadual e regional, quando necessário);

II - do Conselho de Saúde, comprovando por intermédio de ata a aprovação do Plano de Atenção às Urgências e do Termo de Adesão, devendo que em projetos de abrangência regional, ser apresentadas as atas dos respectivos conselhos municipais e do Conselho Estadual de Saúde, e III - da Comissão Intergestores Bipartite.

Art. 137. Todas as instâncias de análise e seleção dos projetos deverão utilizar, de acordo com os requisitos estabelecidos no art. 134, os seguintes critérios de prioridade:

I - Municípios possuidores de serviços da área da saúde que realizem atenção integral às urgências, com atendimento pré-hospitalar móvel regulado por central médica, acessada 24 (vinte e quatro) horas por número telefônico gratuito - 192, conforme o disposto na Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde;

II - Municípios habilitados na condição de gestão plena do Sistema Municipal; e

III - Municípios com maior porte populacional; e

IV - Municípios polos regionais, definidos no PDR.

§ 1º Com exceção do inciso I, que será preferencial, os demais critérios estabelecidos pelo caput deste artigo não terão caráter hierárquico entre si.

§ 2º Os projetos previamente analisados e aprovados nas Comissões Intergestores Bipartite deverão estar em conformidade com os Planos Estaduais de Atenção às Urgências.

§ 3º Por meio de pactos entre Municípios e Estado, poderão ser implantadas Centrais SAMU-192 de abrangência regional, promovendo a otimização do investimento e favorecendo as possibilidades de financiamento tripartite.

Art. 138. Os projetos elaborados pelos Estados e Municípios, aprovados pelos respectivos conselhos e pela Comissão Intergestores Bipartite, que atenderem ao estabelecido nos artigos 134, 135 e 136 deste Regulamento, deverão ser encaminhados, mediante a celebração de convênios para apreciação da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde, respeitadas as disposições contidas nas Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Projetos e Programas, aprovadas pela Portaria nº 601, de 15 de maio de 2003, do Ministério da Saúde.

§ 1º Em relação aos recursos de custeio, após análise técnica efetuada pela Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, o projeto será encaminhado ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas e à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º Os procedimentos de aquisição e transferência dos veículos e equipamentos serão operacionalizados pela Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde, observado o disposto nas cláusulas dos convênios celebrados.

§ 3º Os projetos deverão ser encaminhados pelas Comissões Intergestores Bipartite Estaduais para a Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Especializada da SAS.

§ 4º A partir do protocolo do projeto na Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do DAE/SAS, essa Coordenação-Geral terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para elaborar o parecer técnico.

§ 5º Os projetos selecionados pelo Ministério da Saúde serão apresentados em reunião da Comissão Intergestores Tripartite-CIT e do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Art. 139. Os recursos orçamentários, contraparte da União no tocante à implementação do componente pré-hospitalar móvel, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, nos seguintes programas de trabalho:

I - 10.302.0023.4306 - Atendimento Ambulatorial Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde; e

II - 10.302.0023.4307 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 140. Aos Municípios e Estados que possuírem Atenção Pré-Hospitalar Móvel e Central SAMU - 192, em conformidade com as especificações técnicas constantes da Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, será garantido o custeio por meio do repasse mensal regular e automático, fundo a fundo, desde que tenham seus projetos qualificados, conforme requisitos estabelecidos no art. 7º .

Parágrafo único. A liberação dos recursos de investimento dos projetos aprovados ficará condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Art. 141. A Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, deverá adotar todas as providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas neste Regulamento, no tocante ao componente pré-hospitalar móvel.

Art. 142. As instâncias de recurso referentes ao processo de negociação, análise, aprovação e implantação do componente pré-hospitalar móvel serão, por ordem, resolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde, pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde.

Art. 143. O Distrito Federal será considerado equivalente ao Estado, no que couber, e de acordo com as suas peculiaridades, nos termos da Constituição.

Subseção IV

Da Avaliação e da Qualidade dos Serviços de Saúde

Art. 144. O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS é o instrumento de avaliação qualitativa das ações e dos serviços de saúde, bem como da satisfação dos usuários do sistema.

Parágrafo único. O Programa será aplicado a cada dois anos, sendo que o primeiro ano destina-se à realização da coleta, à consolidação e à análise das informações, assim como à divulgação dos resultados, e o segundo ano será destinado à implementação de ações visando à melhoria da qualidade do atendimento dos serviços de saúde.

Art. 145. Os recursos destinados às ações do PNISS devem ser financiados por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

Parágrafo único. O recurso estimado para a aplicação do PNISS é da ordem de R\$ 398.360,00 (trezentos e noventa e oito mil trezentos e sessenta reais), conforme o discriminado nos Anexos XX e XXI a este Regulamento.

Art. 146. Os recursos, cujos montantes estão fixados nos Anexos XX e XXI a este Regulamento, devem ser transferidos fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios em Gestão Plena do Sistema.

Art. 147. A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle DRAC/SAS, é o órgão responsável pela coordenação, implantação, implementação, capacitação e desenvolvimento do PNISS.

§ 1º A SAS/MS poderá priorizar a avaliação dos serviços de saúde, por área/especialidade, de acordo com critérios epidemiológicos.

§ 2º O PNISS será executado de forma articulada pela SAS/MS, e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena.

Art. 148. A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS deverá adotar as medidas necessárias ao cumprimento do disposto neste Regulamento.

Art. 149. Os recursos orçamentários de que trata este Regulamento deverão correr por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

I - 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena/Avançada; e

II - 10.302.1220.8587 - Atenção à Saúde da População nos Municípios Não-Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Não-Habilitados em Gestão Plena/Avançada.

Art. 150. O processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica à Saúde, quanto aos resultados a ser alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica PAB, conforme expresso na Norma Operacional Básica do

NOB-SUS nº 01/96/SAS, previstos na Seção I do Capítulo I, e no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde, aprovado pela Portaria nº 3.925, de 17 de novembro de 1998, do Ministério da Saúde, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Art. 151. Como estratégia para o acompanhamento e avaliação de resultados da Atenção Básica à Saúde, os pactos que serão firmados entre os Estados e os Municípios deverão ser formalizados por meio de Termo de Compromisso e os pactos que serão firmados entre os Estados e o Ministério da Saúde deverão ser formalizados por meio de Planilha de Metas.

Art. 152. Os indicadores estabelecidos para acompanhar a Atenção Básica à Saúde estão no Anexo II ao Manual para Organização da Atenção Básica, aprovado pela Portaria nº 3.925, de 1998, do Ministério da Saúde.

§ 1º Dever-se-á substituir os indicadores 1, 2, 4, 8 e 9 do Anexo referido no caput deste artigo, pelos abaixo discriminados, cujos dados para base de comparação serão encaminhados às Secretarias Estaduais de Saúde pelo Ministério da Saúde.

§ 2º Dever-se-ão excluir os indicadores 3 e 5 do Anexo II ao Manual para Organização da Atenção Básica, referentes a hospitalizações por tétano acidental e por difteria.

§ 3º Os Estados que já tiverem concluído o processo de pactuação com seus Municípios estão liberados de definir metas para os novos indicadores apresentados no § 1º, desde que tenham encaminhado os Termos de Compromisso do Estado com os Municípios e as Planilhas de Metas Estaduais à Secretaria de Atenção à Saúde/ MS.

§ 4º Os formulários referentes ao Termo de Compromisso e à Planilha de Metas são os constantes dos Anexos XXII e XXIII a este Regulamento.

Art. 153. As Secretarias Estaduais de Saúde deverão, no processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica:

I - propor a meta de cada indicador da Atenção Básica, incluindo aqueles relacionados às partes variáveis do Piso da Atenção Básica, a ser alcançada pelos Municípios habilitados nos termos da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 01/96, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento, levando em conta a situação sanitária e os indicadores consolidados e divulgados pelo Ministério da Saúde;

II- estabelecer a meta para cada indicador, a ser alcançada pelos Municípios não-habilitados nas formas de gestão definidas na NOB SUS 01/96, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento, ficando o gestor estadual responsável pelo seu cumprimento;

III- estabelecer a meta consolidada de cada indicador, a ser alcançada em 1999 pelo Estado;

IV- submeter as metas municipais e o consolidado estadual de cada indicador à aprovação das Comissões Intergestores Bipartite - CIB;

V- encaminhar as metas de cada indicador e os Termos de Compromisso dos Municípios para conhecimento do Conselho Estadual de Saúde;

VI- encaminhar os Termos de Compromisso do Estado com os Municípios e as Planilhas de Metas Estaduais, constantes dos Anexos XXII e XXIII, à Secretaria de Atenção à Saúde/MS, por meio eletrônico;

VII- desenvolver estratégias de acompanhamento da Atenção Básica à Saúde para apoiar os Municípios que apresentarem mais dificuldades no cumprimento das metas acordadas;

VIII- desenvolver, com a cooperação técnica e financeira do Ministério da Saúde, a descentralização dos sistemas de informações, que geram os indicadores de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica à Saúde e a qualificação dos Municípios para sua operacionalização;

IX- avaliar, ao final do exercício, o desempenho dos indicadores de cada Município e do consolidado estadual; e

X- incorporar as metas dos indicadores no processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde.

Parágrafo único. No tocante ao inciso I deste artigo, para os indicadores de cobertura vacinal, a meta a ser definida deve estar adequada aos parâmetros estabelecidos pelo Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Art. 154. Cabe às Comissões Intergestores Bipartite, no processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica:

I- aprovar as metas contidas nos Termos de Compromisso firmados entre os Municípios e o gestor estadual;

II- aprovar as metas consolidadas para o Estado;

III- estabelecer estratégias e cronograma para a descentralização dos sistemas de informações e qualificação dos Municípios para sua operacionalização; e

IV- avaliar as estratégias utilizadas para o cumprimento das metas pactuadas e propor os ajustes necessários nos Municípios que, após a avaliação do desempenho anual, apresentarem resultado insatisfatório.

Art. 155. Cabe ao Ministério da Saúde analisar as planilhas de metas estaduais enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde e elaborar os Termos de Compromisso.

§ 1º O Termo de Compromisso entre o Ministério da Saúde e cada Estado deverá refletir as metas estaduais pactuadas.

§ 2º Os Termos de Compromisso firmados entre o Ministério da Saúde e os gestores estaduais deverão ser enviados, pela Secretaria de Atenção a Saúde, à Comissão Intergestores Tripartite - CIT e ao Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Art. 156. Como estratégia para o acompanhamento e avaliação da oferta de serviços financiados pelo Piso da Atenção Básica - PAB, deverá ser realizada a análise da capacidade instalada disponível e da produção de serviços efetiva de cada Município habilitado, realizada pela rede situada no próprio Município ou por meio de pacto explícito com gestores de Municípios circunvizinhos, quanto às responsabilidades assistenciais próprias da condição de gestão Plena da Atenção Básica, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na NOB SUS 01/96, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento.

Art. 157. Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde, no processo de acompanhamento e de avaliação da oferta de serviços de Atenção Básica:

I - proceder à análise da adequação e suficiência das ações e procedimentos correspondentes ao Grupo Atenção Básica do SIA/SUS, ofertados por cada Município habilitado à população sob sua responsabilidade;

II - elaborar relatório analítico circunstanciado, nos casos em que os Municípios habilitados há mais de 3 (três) meses à condição de gestão Plena da Atenção Básica não dispuserem de oferta de serviços, próprios ou contratados a terceiros, ou não apresentarem produção, caracterizando sobrecarga aos sistemas municipais circunvizinhos;

III - apresentar o relatório em questão à Comissão Intergestores Bipartite - CIB, propondo a desabilitação do Município, até que este esteja capacitado ao pleno exercício das responsabilidades próprias da condição de gestão;

IV- encaminhar cópia do relatório e da decisão da CIB sobre a desabilitação dos Municípios, para conhecimento do Conselho Estadual de Saúde; e

V- desenvolver estratégias de acompanhamento e avaliação da oferta de serviços financiados pelo Piso da Atenção Básica - PAB, para apoiar os Municípios que apresentarem mais dificuldades no exercício das responsabilidades próprias da condição de gestão.

Art. 158. Cabe às Comissões Intergestores Bipartite, no processo de acompanhamento e de avaliação da oferta de serviços de Atenção Básica:

I - aprovar o relatório proposto pela SES ou, se considerar necessário, realizar avaliação complementar no local e junto aos sistemas municipais circunvizinhos; e

II - avaliar as estratégias propostas pela SES de apoio aos Municípios, visando à superação de suas dificuldades.

Art. 159. As Comissões Intergestores Bipartite deverão desabilitar os Municípios que não firmarem o Termo de Compromisso com o Estado, ou que não estejam capacitados ao pleno exercício das responsabilidades assistenciais próprias da condição de gestão, por meio de oferta de ações e serviços no seu próprio território ou de pacto explícito com os gestores dos Municípios circunvizinhos.

Parágrafo único. Na eventualidade da desabilitação de Municípios, caberá à Secretaria Estadual de Saúde o conjunto de responsabilidades para assegurar a oferta de serviços de Atenção Básica à população dos respectivos Municípios.

Art. 160. Cabe ao Ministério da Saúde avaliar o desempenho de cada Estado no exercício das atribuições definidas neste

Regulamento, e o resultado dessa avaliação subsidiará a negociação das metas para o ano subsequente.

Parágrafo único. Os Estados que alcançarem resultados positivos na avaliação realizada, após aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite, estarão habilitados a receber o Índice de Valorização de Resultados - IVR, a ser regulamentado pelo Ministério da Saúde.

Art. 161. Os procedimentos previstos neste Regulamento deverão ser adequados às peculiaridades do Distrito Federal.

Art. 162. A Comissão de Acompanhamento dos Indicadores da Atenção Básica, instituída no âmbito do Ministério da Saúde, é constituída de 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS e de 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde.

§ 1º A Coordenação da Comissão fica a cargo da Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 2º A formalização das indicações dos membros da Comissão será feita por meio de ato específico.

Art. 163. As Secretarias Estaduais de Saúde e/ou as Comissões Intergestores Bipartite que tiverem propostas de alteração dos indicadores de acompanhamento da Atenção Básica à Saúde, assim como para a estratégia dos pactos, deverão encaminhá-las à Comissão de Acompanhamento dos Indicadores da Atenção Básica, de que trata o art. 162 deste Regulamento.

Art. 164. O Programa de Qualificação da Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, em consonância com as diretrizes de organização de redes locais de atenção integral às urgências, definidas nos arts. 125 a 128, relativos à Política Nacional de Atenção às Urgências, deverá obedecer ao disposto neste Regulamento.

Parágrafo único. O Programa de Qualificação da Atenção às Urgências tem como foco ações nos componentes pré-hospitalar fixos (nas Unidades Não-Hospitalares de Atenção às Urgências) e Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 165. São diretrizes do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência:

I - estruturação da atenção à saúde nas urgências mediante critérios de acolhimento, com dispositivos de classificação de

riscos, vínculo, resolutividade, integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários na rede de serviços;

II - implementação dos comitês gestores de urgência municipais e regionais como espaço de integração, pactuação e responsabilidades, articulados com os Complexos Reguladores e Centrais de Leitos Hospitalares;

III - proporcionamento de ambiência que valorize os espaços acolhedores e que propiciem processo de trabalho estabelecido a partir de níveis de necessidades nos serviços de saúde;

IV - proporcionamento da ampliação e fortalecimento do controle social, por meio da implantação da gestão democrática e participativa nos serviços de saúde;

V - garantia da educação permanente dos trabalhadores das urgências com a inclusão de saberes que subsidiem as práticas da atenção resolutiva e humanizada no pré-hospitalar fixo, móvel e nos serviços hospitalares integrando os serviços com os Núcleos de Educação em Urgências e Centros Formadores;

VI - oferecimento de condições tecnológicas aos Estados e aos Municípios para que desenvolvam uma efetiva regulação, controle e avaliação de seus sistemas de saúde; e

VII - diminuição de mortes evitáveis em situações de urgências.

Art. 166. A proposta de Qualificação do Sistema de Atenção Integral às Urgências pressupõe a organização do sistema de saúde para esse tipo de atenção, estruturada por meio da:

I - organização de atenção pré-hospitalar fixa, prestada pela rede básica de atenção e também por uma rede de Unidades Não Hospitalares de Atenção às Urgências;

II - continuidade à implantação do atendimento pré-hospitalar móvel, por meio da ampliação e qualificação progressiva da Rede Nacional SAMU-192, prevista nos arts. 128 a 141 deste Regulamento;

III - organização e qualificação dos hospitais com portas abertas às urgências para dar suporte resolutivo ao Sistema de Urgência, por meio da reorganização do processo de trabalho e implantação dos dispositivos mencionados no art. 162 deste Regulamento;

e IV - definição de leitos hospitalares dedicados à recuperação definitiva dos pacientes após a estabilização da situação de

urgência e de serviços de hospital-dia, centros de reabilitação e de atenção domiciliar, a partir da política de regulação local e por intermédio dos complexos reguladores.

Art. 167. A cooperação técnica e financeira entre os gestores municipais, estaduais e federal deverá estar em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências e à Política Nacional de Regulação.

Art. 168. A Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada, deverá adotar todas as providências necessárias à plena estruturação do Programa de Qualificação da Atenção às Urgências e ao fiel cumprimento do disposto neste Regulamento.

Seção II

Da assistência à saúde Subseção I

Da Política Nacional de Atenção Básica

Art. 169. A Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação, da implantação e da operacionalização vigentes, está aprovada nos termos constantes do Anexo XXIV a este Regulamento.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas da Política Nacional de Atenção Básica.

Art. 170. Os recursos orçamentários da Subseção I da Seção II do Regulamento deverão correr por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

Subseção II

Do Programa Nacional de Controle do Tabagismo

Art. 171. O acesso à abordagem e tratamento do tabagismo integra a rede de Atenção Básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

Parágrafo único. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo tem como uma de suas ações a abordagem e o tratamento do tabagismo e será desenvolvido pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Instituto Nacional de Câncer em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Art. 172. As unidades de saúde credenciadas que compõem a rede hierarquizada e que efetuarão a abordagem e o tratamento do tabagismo deverão ter em seu quadro de servidores, pelo menos, 1 (um) profissional de saúde, de nível universitário, capacitado para a abordagem e o tratamento do tabagismo.

§ 1º Considera-se abordagem e tratamento do tabagismo a abordagem cognitivo-comportamental do fumante obrigatória e o apoio medicamentoso, quando necessário, de acordo com a metodologia preconizada pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Instituto Nacional de Câncer.

§ 2º Todo fumante que participar da abordagem cognitivocomportamental deverá receber o material de apoio composto pelo manual com orientações sobre como deixar de fumar, prevenção de recaídas, entre outros documentos.

Art. 173. Os medicamentos e os materiais de apoio para o tratamento do fumante deverão ser disponibilizados pelo Ministério da Saúde aos Municípios aos Estados com unidades credenciadas para esse fim.

Art. 174. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo deverá ser regulamentado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Subseção III

Dos Portadores de Hipertensão e de Diabetes de Mellitus

Art. 175. A reorganização da atenção aos segmentos populacionais expostos e portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus obedecerá às seguintes diretrizes:

I - vinculação dos usuários do Sistema Único de Saúde SUS portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus a unidades básicas de saúde;

II - fomento à reorganização dos serviços de atenção especializada e hospitalar para o atendimento dos casos que demandarem assistência de maior complexidade;

III - aperfeiçoamento do sistema de programação, aquisição e distribuição de insumos estratégicos para a garantia da resolubilidade da atenção aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus;

IV - intensificação e articulação das iniciativas existentes, no campo da promoção da saúde, de modo a contribuir na adoção de estilos de vida saudáveis;

V - promoção de ações de redução e controle de fatores de risco relacionados à hipertensão e à diabetes; e

VI - definição de elenco mínimo de informações sobre a ocorrência desses agravos, em conformidade com os sistemas de informação em saúde disponíveis no País.

Art. 176. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá elaborar o Plano Nacional de Reorganização da Atenção, de que trata o art. 175 deste Regulamento.

Art. 177. Deverá ser constituído comitê técnico, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, com a finalidade de assessorar na elaboração e no monitoramento do Plano Nacional de Reorganização de Atenção aos Segmentos Populacionais Expostos e Portadores de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus, composto por representantes das sociedades científicas, entidades nacionais representativas de portadores desses agravos, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

Art. 178. A Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes Mellitus será realizada em unidades básicas de saúde de todos os Municípios.

§ 1º O público alvo a que se destina essa Campanha é constituído por pessoas com idade igual ou superior a 40 (quarenta) anos.

§ 2º O Ministério da Saúde alocará recursos financeiros da ordem de R\$ 40.285.000,00 (quarenta milhões, duzentos e oitenta e cinco mil reais) para a realização da referida Campanha.

Art. 179. Compete ao Ministério da Saúde, na Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus:

I - a garantia dos insumos necessários para a realização de glicemia capilar;

II - a produção e a distribuição de material instrucional para os profissionais envolvidos na Campanha e material informativo para a população; e

III - a realização de ações de comunicação social para a divulgação da Campanha em âmbito nacional;

IV - o apoio às Secretarias Estaduais de Saúde no acompanhamento da Campanha junto aos Municípios.

Art. 180. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde o assessoramento e o apoio aos Municípios na capacitação, divulgação e realização da Campanha.

Art. 181. Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

I - a disponibilidade dos recursos físicos e humanos necessários à realização da Campanha; e

II - o encaminhamento dos casos suspeitos para confirmação diagnóstica.

Subseção IV

Dos Portadores de Doença Renal

Art. 182. A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal deverá ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 183. A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal deverá ser organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de

danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

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;

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);

VI - ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil;

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;

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;

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;e

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.

Art. 184. A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, de que trata o art. 181 deste Regulamento, deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

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 nesse nível;

II - Média Complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contrarreferência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais;

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;

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;

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;

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;

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;

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação;

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; e

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos excepcionais, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS.

§ 1º As ações de que trata o inciso I deste artigo terão lugar na rede de serviços básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família) e, de acordo com a necessidade local, o gestor poderá instituir uma equipe de referência da Atenção Básica com a função de tutoria e/ou de referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 2º As ações de que trata o inciso II deste artigo 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 e, para desempenhar as ações nesse 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.

§ 3º No tocante ao inciso III deste artigo, a assistência na alta complexidade da-ser-á 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.

Art. 185. Fica criada a 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 Renal.

Art. 186. A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outros órgãos e entidades vinculados ao Ministério da Saúde, deverá adotar todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.

Subseção V

Da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme

Art. 187. A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, instituída no âmbito do SUS, obedecerá às seguintes diretrizes:

I - promoção e 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;

II - promoção e 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;

III - instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente;

IV - promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com a doença ou o traço falciforme;

V - 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 à implementação da fase II deste último e a atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias;

VI - promoção da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo, imunobiológicos especiais e insumos, como Filtro de Leucócitos e Bombas de Infusão; e

VII - incentivo à pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

Parágrafo único. As diretrizes de que trata este artigo apoiam-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.

Art. 188. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar todas as providências necessárias à implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

Subseção VI

Da Saúde das Pessoas Portadoras de Distrofia Muscular Progressiva

Art. 189. O Programa de Assistência Ventilatória Não-Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva, instituído no âmbito do SUS, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Parágrafo único. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão adotar as medidas seguintes necessárias:

I - ao cadastramento dos pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva nos respectivos âmbitos de atuação;

II - à identificação daqueles pacientes em que a utilização de ventilação nasal intermitente de pressão positiva esteja indicada; e

III - ao cadastramento de serviços de saúde aptos a realizar a manutenção e o acompanhamento domiciliar desses pacientes e à viabilização desse tipo de assistência.

Art. 190. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá estabelecer os critérios técnicos de implantação do Programa e deverá adotar as medidas necessárias ao fiel cumprimento do disposto neste Regulamento.

Subseção VII

Da Política Nacional de Atenção Cardiovascular em Alta Complexidade

Art. 191. A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade será organizada e implementada por meio 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 Alta Complexidade Cardiovascular, no território nacional.

Art. 192. As Secretarias de Estado da Saúde deverão estabelecer 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.

Parágrafo único. A Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular será composta por:

I - Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; e

II - Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular.

Art. 193. 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.

Parágrafo único. As 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 em ato normativo específico.

Art. 194. As Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena do Sistema, 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, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento, deverão adotar 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 dos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular que compõem essas Redes.

Art. 195. A Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, tem como objetivo o acompanhamento da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

Art. 196. Deverão ser adotados os seguintes instrumentos de gestão:

I - avaliação da qualidade das Unidades cadastradas e das Normas de Acompanhamento de Procedimentos de Alta Complexidade; e

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 de Cardiologia Intervencionista", "Registro Brasileiro de Procedimentos Endovasculares Extracardíacos" e "Registro Brasileiro de Procedimentos em Eletrofisiologia".

Art. 197. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as medidas necessárias à implantação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

Art. 198. O quantitativo mínimo de procedimentos regulamentados pela Secretaria de Atenção à Saúde, quando devidamente autorizados, deverá ter sua realização e pagamento garantidos, com vistas à manutenção da qualidade do serviço.

Subseção VIII

Da Política Nacional de Atenção Oncológica

Art. 199. A Política Nacional de Atenção Oncológica, que abrange a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, deverá ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 200. A Política Nacional de Atenção Oncológica deverá ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios, permitindo:

I - desenvolver estratégias coerentes com a Política Nacional de Promoção da Saúde voltadas para a identificação dos

determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção - atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades e de atendimento - promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;

III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, garantindo acesso e atendimento integral;

IV - definir critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que atuam nos diversos níveis da atenção oncológica, bem como os mecanismos de sua monitoração;

V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;

VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica, mediante estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade e avaliação tecnológica da atenção oncológica no Brasil;

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica, permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais da saúde;

IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização;

X - fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica; e

XI - incentivar a pesquisa na atenção oncológica, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Art. 201. A Política Nacional de Atenção Oncológica deverá ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - promoção e vigilância em saúde: elaboração de políticas, estratégias e ações que ampliem os modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e que superem a fragmentação das ações de saúde, mediante articulação intersetorial em busca de uma maior efetividade e eficiência;

II - ações de vigilância em saúde, em que se deverá:

a) utilizar estratégias para estimular a alimentação saudável e a prática da atividade física em consonância com a Estratégia Global proposta pela Organização Mundial da Saúde;

b) proporcionar a redução e o controle de fatores de risco para as neoplasias, como o tabagismo;

c) desencadear ações que propiciem a preservação do meio ambiente e a promoção de entornos e ambientes mais seguros e saudáveis, incluindo o ambiente de trabalho dos cidadãos e coletividades;

d) implantar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade relativos ao câncer e às demais doenças e agravos não transmissíveis;

e) desenvolver mecanismos e parâmetros de avaliação do impacto em curto, médio e longo prazos das ações e serviços prestados em todos os níveis da atenção à saúde;

III - atenção básica: realização, na Rede de Serviços Básicos de Saúde - Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família, de ações de caráter individual e coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e ao apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados;

IV - média complexidade: assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do

processo de referência e contrarreferência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

V - alta complexidade: garantia do acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinando a extensão da neoplasia (estadiamento), tratando, cuidando e assegurando qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);

VI - Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia: CACONs designados para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica;

VII - Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama: parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde;

VIII - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados e dos Municípios, com o objetivo de regular a Atenção Oncológica;

IX - regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações da Atenção Oncológica de competência das três esferas de governo;

X - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle e promover a disseminação da informação;

XI - diretrizes nacionais para a atenção oncológica em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle;

XII - avaliação tecnológica: oferecimento de subsídios para tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias, articulando as diversas esferas do Ministério da Saúde;

XIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes

do SUS e alicerçada nos Polos de Educação Permanente em Saúde; e

XIV - pesquisa sobre o câncer: incentivo a pesquisas nas diversas áreas da atenção oncológica.

Art. 202. O Instituto Nacional de Câncer será o Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria nº 2.123, de 7 de outubro de 2004, do Ministério da Saúde, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Art. 203. A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, deverão adotar todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Subseção IX

Dos Serviços de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória

Art. 204. O Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós

Operatória no Sistema Único de Saúde - Projeto Suporte, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Parágrafo único. O objetivo do Projeto é promover a estruturação de serviços de traumatologia e de reabilitação pós-operatória, por meio do apoio técnico e financeiro às Secretarias Estaduais e às Municipais de Saúde na implantação e implementação de serviços de ortopedia, traumatologia e reabilitação pós-operatória de média e alta complexidade, prioritariamente nas regiões com baixa capacidade de oferta e de produção nas referidas especialidades.

Art. 205. As ações necessárias à implementação do Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória deverão ser desenvolvidas, de forma integrada e pactuada, entre os gestores do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 206. As parcerias entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde deverão ser firmadas por instrumento jurídico específico.

Art. 207. Caberá ao Ministério da Saúde, representado pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO, na medida das disponibilidades materiais e financeiro-orçamentária, a assessoria e execução do Projeto SUPORTE para:

I - apoiar a organização da rede de atenção em traumatoortopedia e a reabilitação de forma hierarquizada, contemplando os três níveis de atenção, e fomentar a sua estruturação, de acordo com os princípios do SUS;

II - elaborar protocolos operacionais de referência e contrarreferência e protocolos técnicos de procedimentos;

III - realizar diagnóstico da oferta de serviços, que inclui instalações físicas, equipamentos e profissionais de saúde;

IV - realizar diagnóstico da demanda e dos serviços prestados, a partir da avaliação da fila de Tratamento Fora do Domicílio - TFD, dos dados disponíveis na Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC e de outros instrumentos congêneres, bem como da produção ambulatorial e hospitalar registrada no SIA/SUS e no SIH/SUS;

V - apoiar financeiramente a estruturação dos serviços de traumato-ortopedia e de reabilitação pós-operatória, na aquisição de equipamentos hospitalares, que serão disponibilizados aos Estados e aos Municípios por meio de instrumento jurídico próprio;

VI - apoiar a realização de procedimentos cirúrgicos em traumato-ortopedia, preferencialmente em alta complexidade, disponibilizando equipe multiprofissional, por períodos não superiores a sete dias consecutivos, e insumos especializados;

VII - deslocar a equipe e viabilizar o transporte dos materiais para realização dos procedimentos cirúrgicos do inciso V;

VIII - promover a educação permanente durante a realização dos procedimentos cirúrgicos em traumato-ortopedia por meio de cursos teórico-práticos;

IX - realizar assessoria a distância, via Internet, para avaliação de casos clínicos;

X - promover a educação permanente a distância, por meio de videoconferência;

XI - assessorar a implantação de programas de residência médica em traumatologia e residência em enfermagem ortopédica das unidades da região;

XII - assessorar os programas de residência médica em traumatologia e de especialização em enfermagem ortopédica das unidades da região;

XIII - disponibilizar bolsas para programas em conjunto de residência médica em traumatologia e de especialização em enfermagem ortopédica; e

XIV - assessorar a padronização e aquisição de implantes ortopédicos.

Art. 208. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá avaliar a execução da implementação dos serviços de que trata o parágrafo único do art. 204 deste Regulamento, por meio de termos de compromisso e/ou convênios.

Art. 209. Deverão constar dos termos de compromissos e/ou convênios, quando da adesão, que caberá às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde:

I - garantir o acesso às informações para realização dos diagnósticos de oferta e de demanda;

II - implementar, quando necessário, instrumentos de registro e de sistematização de informações;

III - garantir a adequação da área física para implantação dos serviços de média e alta complexidade em traumatologia, de acordo com a normalização vigente;

IV - garantir a manutenção e o funcionamento dos equipamentos hospitalares de que trata o inciso IV do art. 208 deste Regulamento;

V - garantir quantitativo suficiente de profissionais de saúde para o desenvolvimento das atividades dos serviços de média e alta complexidade em traumatologia e reabilitação pós-operatória;

VI - garantir os recursos logísticos na unidade para a realização de procedimentos cirúrgicos em traumatologia pela equipe do INTO, disponibilizando equipe multiprofissional, salas de cirurgia, leitos hospitalares e de terapia intensiva, central de material e esterilização, Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

- SADT, insumos e demais recursos necessários à adequada consecução dos procedimentos supramencionados;

VII - garantir hospedagem individual e alimentação no local de trabalho para a equipe do INTO;

VIII - garantir o pagamento integral da ajuda de custo para os profissionais do INTO, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, após a realização dos procedimentos cirúrgicos;

IX - selecionar, indicar e garantir a participação dos profissionais de saúde que atuam nas áreas de traumatologia-ortopedia, anestesiologia, terapia intensiva, reabilitação pós-operatória e enfermagem ortopédica nos programas de educação permanente tanto na região como no INTO, conforme cronograma estabelecido;

X - garantir o deslocamento e a hospedagem dos profissionais da região para os eventos de educação permanente, conforme o cronograma estabelecido; e

XI - garantir os recursos logísticos na região para a realização dos eventos teóricos, tais como auditório, recursos audiovisuais e outros.

Art. 210. As Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde deverão apresentar à Secretaria de Atenção à Saúde as necessidades quanto à estruturação de serviços de traumatologia-ortopedia e reabilitação pós-operatória, de acordo com o art. 204 deste Regulamento, acompanhadas de parecer favorável da Comissão Intergestores Bipartite.

§ 1º Serão priorizadas pela Secretaria de Atenção à Saúde as demandas para a realização das ações de caráter estrutural, organizativo e operacional provenientes dos Estados que compõem a Amazônia Legal.

§ 2º As solicitações das demais regiões serão analisadas pela Secretaria de Atenção à Saúde de acordo com prioridades e disponibilidade orçamentária e financeira.

Art. 211. Os recursos orçamentários para a estruturação desses serviços deverão correr por conta do Programa de Trabalho:

10.846.1216.0832 - Apoio à Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde.

Art. 212. A Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Art. 213. As Secretarias de Estado da Saúde deverão estabelecer um planejamento para formar uma rede hierarquizada, estadual ou regional, de atenção em alta complexidade em traumatologia, 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.

§ 1º A Rede de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia será composta por:

I - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia; e

II - Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia.

§ 2º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia deverão:

I - oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a doentes de afecções do sistema músculo-esquelético;

II - desenvolver articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde; e

III - respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização do SUS.

§ 3º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade de Traumatologia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia prestarão os serviços de assistência por meio do respectivo Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia.

Art. 214. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá regulamentar os atributos necessários ao credenciamento/habilitação:

I - das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia; e

II - dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia.

Art. 215. As Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, habilitadas em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão adotar as providências necessárias ao processo de credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia e da habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia.

§ 1º Caberá às Secretarias de Estado de Saúde a indicação para a habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia.

§ 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, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento.

Art. 216. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá manter uma Câmara Técnica com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia.

Art. 217. Competirá à Secretaria de Atenção à Saúde a regulamentação dos seguintes instrumentos de gestão:

I - Guia de Boas Práticas na especialidade de traumatologia-ortopedia, contendo recomendações de indicação e contra-indicação de procedimentos de traumatologia-ortopedia constantes da tabela do SUS;

II - indicadores de qualidade para avaliação das unidades credenciadas; e

III - Registro Brasileiro de Cirurgia Traumatologia-Ortopédica para prover a Autorização de Internação Hospitalar - AIH - de dados para rastreamento e avaliação futura de procedimentos, tornando-o de preenchimento obrigatório.

Art. 218. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as medidas necessárias à implantação do disposto neste Regulamento acerca da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia.

Subseção X

Do Programa de Promoção da Atividade Física

Art. 219. O Programa de Promoção da Atividade Física será coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, constante do Anexo XXV a este Regulamento.

Parágrafo único. O Programa de que trata o caput deste artigo tem por objetivos:

I - conferir maior sustentabilidade e efetividade às ações de prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis; e

II - articular, promover e implementar projetos de atividades físicas moderadas, de caráter regular, voltados a populações de hábitos sedentários.

Art. 220. A implementação do Programa de Promoção da Atividade Física dar-se-á por intermédio de parcerias entre gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, centros acadêmicos, profissionais da saúde e de áreas afins, bem como de organizações da sociedade civil.

Subseção XI

Da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Art. 221. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, está aprovada nos termos do Anexo XXVI a este Regulamento.

§ 1º A Política de que trata o caput deste artigo refere-se aos recursos terapêuticos de medicina tradicional e complementar/alternativa, buscando estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, contemplando, entre outras modalidades:

I - medicina tradicional chinesa (acupuntura);

II - homeopatia;

III - plantas medicinais; e

IV - fitoterapia.

§ 2º A PNPIC, de caráter nacional, implica 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.

Art. 222. Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da PNPIC, deverão promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Subseção XII

Do Controle, da Regulação e da Avaliação da Assistência à Saúde

Art. 223. O detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS, está aprovado nos termos do Anexo XXVII a este Regulamento.

Parágrafo único. O detalhamento de que trata o caput deste artigo contempla as diretrizes fundamentais para a organização das funções de controle, regulação e avaliação, visando o fortalecimento da gestão do SUS na medida em que amplia o seu campo de domínio sobre os fatores que determinam o acesso dos cidadãos aos serviços.

Art. 224. Os Departamentos de Controle e Avaliação de Sistemas e de Descentralização da Gestão da Assistência deverão apresentar estudos relativos à criação de incentivos financeiros destinados à co-participação do Ministério da Saúde no aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos gestores do SUS, em especial, para a reorganização das atividades de controle, regulação e avaliação assistencial.

Subseção XIII

Da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

Art. 225. A Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC, instituída no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, tem como objetivo a coordenação da referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade.

Parágrafo único. Os procedimentos da modalidade de assistência de que trata o caput deste artigo são os definidos na Portaria SAS/MS/Nº 526, de 16 de novembro de 2001, do Ministério da Saúde, que estabelece lista de procedimentos considerados de

alta complexidade hospitalar, nas áreas de cardiologia, oncologia, ortopedia e neurologia.

Art. 226. O Ministério da Saúde financiará os procedimentos objeto do art. 225 deste Regulamento 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 os Municípios.

Parágrafo único. Os recursos utilizados por Estados e Municípios na assistência hospitalar de alta complexidade a pacientes de outros Estados serão mantidos nos tetos estaduais, podendo ser remanejados pelas Comissões Intergestores Bipartite dos Estados.

Art. 227. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as providências necessárias para a operacionalização da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade.

Subseção XIV

Da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde

Art. 228. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde em que, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Parágrafo único. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros Municípios.

Art. 229. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde deverá se orientar pelo Manual "Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde", a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Art. 230. Os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde são:

I - buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;

II - orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;

III - definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os Municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio Município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros Municípios;

IV - possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;

V - fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;

VI - contribuir na organização das redes de serviços de saúde; e

VII - possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam explicitados no "Termo Compromisso para Garantia de Acesso", conforme o Anexo XXVIII a este Regulamento;

§ 1º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, de que trata o inciso VII deste artigo, é o documento que, com base no processo de Programação Pactuada e Integrada, deve conter as metas físicas e orçamentárias das ações a ser ofertadas nos Municípios de referência, que assumem o compromisso de atender aos encaminhamentos acordados entre os gestores para atendimento da população residente em outros Municípios.

§ 2º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso entre Municípios de uma mesma unidade federada deve ser aprovado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

§ 3º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso interestadual deve ser aprovado nas Comissões Intergestores Bipartite dos Estados envolvidos.

Art. 231. Os pressupostos gerais que deverão nortear a Programação Pactuada e Integrada - PPI da Assistência são os seguintes:

I - integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e Município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão;

II - orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades;

III - ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, em cada unidade federada; e

IV - estar em consonância com o processo de construção da regionalização.

Art. 232. Os eixos orientadores do processo de Programação Pactuada e Integrada - PPI da assistência são os seguintes:

I - Centralidade da Atenção Básica: a programação da assistência deve partir das ações básicas em saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial, como também na de promoção e prevenção;

II - Conformação das Aberturas Programáticas:

a) a programação da atenção básica e da média complexidade ambulatorial deve partir de áreas estratégicas;

b) a programação das ações ambulatoriais que não estão organizadas por áreas estratégicas deve ser orientada pela estrutura da Tabela de Procedimentos, com flexibilidade no seu nível de agregação, permitindo, inclusive, a programação de procedimentos que não estão previstos na tabela;

c) a programação hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

d) os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC devem ser programados de acordo com as aberturas programáticas definidas, bem como as ações executadas pelos serviços financiados por valores globais;

III - Parâmetros para Programação de Ações de Saúde:

a) a programação das ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial serão orientadas a partir de parâmetros de concentração e cobertura populacional, sugeridos pelo Ministério da Saúde, conforme portaria específica a ser publicada;

b) a programação das ações de alta complexidade dar-se-á conforme parâmetros já definidos para a estruturação das redes de serviços de alta complexidade;

IV - Integração das Programações: os agravos de relevância para a Vigilância em Saúde serão incorporados nas áreas estratégicas previstas na PPI da Assistência, considerando as metas traçadas anualmente na PPI da Vigilância em Saúde;

V - Composição das Fontes de Recursos Financeiros a ser Programados: visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; e

VI - Processo de Programação e Relação Intergestores: definição das seguintes etapas no processo de programação:

a) Etapa Preliminar de Programação;

b) Programação Municipal;

c) Pactuação Regional; e

d) Consolidação da PPI Estadual.

§ 1º Quando necessário, será realizada a programação interestadual, com a participação dos Estados e dos Municípios envolvidos, com mediação do gestor federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, mantendo consonância com o processo de construção da regionalização.

§ 2º A programação de Estados, de Municípios e do Distrito Federal deve estar refletida na programação dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

§ 3º Os gestores estaduais e municipais devem ter flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

Art. 233. A programação nas regiões de fronteiras internacionais deve respeitar o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras - SIS Fronteiras, instituído pela Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005, do Ministério da Saúde.

Art. 234. A Programação Pactuada e Integrada deverá ser realizada no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as

pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite, e revisada periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos, nos limites financeiros, entre outras.

Parágrafo único. No início da gestão municipal deve ser efetuada uma revisão da PPI estadual em face dos novos Planos Municipais de Saúde.

Art. 235. Ao final do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e do Distrito Federal deverão encaminhar à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a seguinte documentação acompanhada de ofício devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB:

I - cópia da Resolução CIB que aprova a nova programação;

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, conforme o Anexo XXIX a este Regulamento, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB;

III - quadro síntese dos critérios e parâmetros adotados; e

IV - memória dos pactos municipais realizados com explicitação das metas físicas e financeiras.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal podem dispor de instrumentos próprios de programação, respeitando os padrões estabelecidos por este Regulamento.

§ 2º O disposto nos incisos III e IV deste artigo pode ser substituído pelo envio da base do sistema informatizado do Ministério da Saúde aos Estados que optarem pela sua utilização.

Art. 236. Alterações periódicas nos Limites Financeiros dos Recursos Assistenciais para Média e Alta Complexidade dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, decorrentes de revisões na PPI, deverão ser aprovadas pelas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas à Secretaria de Atenção à Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde e do Distrito Federal, mediante ofício, devidamente assinadas pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB, acompanhadas da seguinte documentação:

I - cópia da Resolução da CIB que altera o(s) limite(s) financeiro(s), justificando e explicitando os valores anuais do Estado e dos Municípios envolvidos; e

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, conforme o Anexo XXIX a este Regulamento, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB.

Art. 237. Os documentos discriminados nos incisos dos arts.235 e 236 desse Regulamento deverão ser postados à Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro de Média e Alta Complexidade MAC.

Parágrafo único. Os quadros referentes ao Anexo XXIX a este Regulamento também deverão ser encaminhados em meio magnético à Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, por meio do endereço eletrônico ppiassistencial@saude.gov.br, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro MAC.

Art. 238. São da competência da Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, a conferência e a validação da documentação encaminhada pelos Estados e o Distrito Federal, bem como a devida orientação às Secretarias Estaduais quanto ao seu correto preenchimento.

Art. 239. As alterações de limites financeiros, cumpridos os trâmites e prazos estabelecidos neste Regulamento, entram em vigor a partir da competência subsequente ao envio da documentação pela CIB, por intermédio de portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 1º Quando ocorrerem erros no preenchimento da documentação, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas deverá comunicar à CIB, viabilizando um prazo para regularização pela SES, não superior a cinco dias úteis, objetivando que a vigência da publicação não seja prejudicada.

§ 2º Não serão realizadas alterações de limites financeiros, com efeitos retroativos em relação ao prazo estabelecido no artigo 10, excetuando os casos excepcionais, devidamente justificados.

§ 3º Os casos excepcionais deverão ser enviados à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, com as devidas justificativas pela CIB Estadual e estarão condicionados à aprovação do Secretário de Atenção à Saúde, para posterior processamento pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

§ 4º As mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, adotadas por Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde ou ainda por Comissões Intergestores Bipartite, antes da vigência da publicação de portaria da SAS/MS, serão de exclusiva responsabilidade do gestor do SUS que as adotar.

§ 5º Nas situações em que não houver acordo na Comissão Intergestores Bipartite, vale o disposto no regulamento do Pacto de Gestão, previsto na Subseção I da Seção I deste Regulamento.

Art. 240. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as medidas necessárias à publicação dos Parâmetros para Programação de Ações de Assistência à Saúde.

Seção III

Da Assistência Farmacêutica Subseção I

Da Política Nacional de Medicamentos

Art. 241. A Política Nacional de Medicamentos está aprovada na forma do Anexo XXX a este Regulamento.

Art. 242. Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Medicamento, deverão promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas.

Subseção II

Do Programa Farmácia Popular do Brasil

Art. 243. A expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil" consistirá no pagamento pelo Ministério da Saúde de percentual do Valor de Referência - VR, por Unidade Farmacotécnica UF, do princípio ativo de medicamentos, para dispensação diretamente no comércio farmacêutico, mediante complementação, pelo paciente, da diferença para o preço de venda da correspondente apresentação que lhe foi prescrita ou do genérico equivalente.

Art. 244. O objetivo do Programa, na promoção da assistência terapêutica integral, é o de favorecer a aquisição de medicamentos indicados para tratamento de doenças com maior prevalência na população ou destinados a ações de saúde de amplo impacto social, com redução de seu custo para os usuários.

§ 1º Cada princípio ativo, sua concentração, sua indicação, e seu VR por UF, a respectiva metodologia de cálculo e o correspondente porcentual que será suportado pelo Ministério da Saúde constam do Anexo XXXI a este Regulamento.

§ 2º Quaisquer dados do Anexo XXXI a este Regulamento poderão ser modificados unilateralmente pelo Ministério da Saúde, sem afetar a forma de fixação do preço de venda do medicamento, prevista em lei.

§ 3º Nas apresentações com preço de venda inferior ao VR do princípio ativo, o Ministério da Saúde contribuirá com o mesmo porcentual encontrado pela aplicação do critério para calculá-lo, descrito neste Regulamento.

§ 4º A alternativa oferecida à conveniência do paciente não prejudica a obtenção do medicamento na rede pública de assistência à saúde, onde será dispensado gratuitamente.

Art. 245. O paciente deverá apresentar, obrigatoriamente, ao estabelecimento farmacêutico habilitado no Programa, documento que comprove o número de sua inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF, expedido pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda - SRF.

Art. 246. A dispensação somente poderá ocorrer mediante apresentação de receita, de que conste, claramente, o número da inscrição do médico assistente no Conselho Regional de Medicina CRM.

§ 1º As prescrições terão validade de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias, exceto para anticoncepcionais, que poderá abranger o período de 1 (um) ano.

§ 2º A dispensação do medicamento deverá corresponder à posologia mensal compatível com os consensos de tratamento dos casos para que é indicado.

Art. 247. Recebido o pedido de compra, na conformidade das instruções constantes do Anexo XXXII a este Regulamento e satisfeitas as condições estabelecidas pelo Ministério da Saúde, o

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS processará, por meio eletrônico, a Autorização de Dispensação de Medicamento - ADM, em tempo real.

§ 1º O DATASUS organizará, para uso da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE, responsável pela execução do Programa, cadastro atualizado das apresentações dos medicamentos à base dos princípios ativos relacionados no Regulamento.

§ 2º O cadastro será feito pelo código de barras - EAN da embalagem do medicamento, transmitido pelos fabricantes à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que disponibilizará as informações ao DATASUS.

Art. 248. O cupom vinculado emitido pelo emissor de cupom fiscal de cada dispensação deverá conter espaço para a assinatura do paciente a quem se entregará uma via, retida a outra pelo estabelecimento.

Parágrafo único. Os estabelecimentos habilitados no Programa deverão manter por 5 (cinco) anos as vias retidas do cupom vinculado, arquivadas em ordem cronológica de emissão, à disposição dos sistemas de controles instituídos, especialmente do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde - DENASUS.

Art. 249. Os estabelecimentos de comércio farmacêutico, compreendidas as firmas individuais ou as empresas de rede de farmácias ou drogarias, para participar do Programa, deverão satisfazer os seguintes requisitos, conforme o caso:

I - inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas CNPJ, da SRF;

II - autorização de funcionamento, emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, ativa e válida, nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 238, de 27 de dezembro de 2001, ou licença de funcionamento expedida pelo órgão de vigilância sanitária local ou regional;

III - farmacêutico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia - CRF, com o encargo de, além de suas atribuições legais, administrar, ali, as transações do Programa, além de receber queixas ou reclamações e estabelecer a interlocução com o Ministério da Saúde;

IV - registro na Junta Comercial;

V - equipamento eletrônico, habilitado a emitir cupom fiscal e vinculado, para processar as dispensações, segundo o sistema estabelecido neste Regulamento;

VI - situação de regularidade com a Previdência Social;

VII - pessoal treinado para atuar no Programa, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos; e

VIII - preço do medicamento não superior ao autorizado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos do Ministério da Saúde - CMED.

§ 1º Ressalvado o disposto no inciso VI deste artigo, é dispensável, para a habilitação, a satisfação das exigências previstas nos arts. 28 a 31 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, por força do disposto em seu art. 32, § 1º

§ 2º O acesso ao sítio do Programa, no meio eletrônico, e a efetuação de todas as transações, que estabelece, ocorrerá mediante senha para uso do responsável indicado pelo estabelecimento, de conformidade com as instruções constantes neste Regulamento.

Art. 250. No Programa, o estabelecimento interessado deverá encaminhar à SCTIE, na forma do Anexo XXXIII a este Regulamento, Requerimento e Termo de Adesão - RTA, subscrito pelo proprietário, dirigente ou mandatário com poderes bastantes para firmá-lo, acompanhado de ficha de cadastro e dos documentos comprobatórios da satisfação dos requisitos estabelecidos nos incisos II e III, exceto a autorização de funcionamento emitida pela ANVISA.

§ 1º A ficha de cadastro deverá conter os dados sobre os requisitos previstos para habilitação ao Programa, mas não será necessário juntar, ressalvados os exigidos no caput deste artigo, os comprovantes correspondentes, que poderão ser exigidos a qualquer tempo.

§ 2º Recebido o RTA, a SCTIE procederá à sua autuação e conferirá as informações prestadas pelo estabelecimento com as constantes de banco de dados, em que possa confirmá-las.

§ 3º Verificada a correção das informações prestadas, o processo será encaminhado ao DATASUS para cadastrar o estabelecimento no Programa, com indicação do número correspondente no processo, que devolverá à SCTIE.

§ 4º Satisfeitas as exigências do art. 248, a SCTIE deferirá a participação do estabelecimento no Programa, por despacho no processo, com vias destinadas:

I - à publicação;

II - ao DATASUS, para, a partir de então, processar a dispensação de medicamentos no estabelecimento, nos termos deste Regulamento;e

III - ao estabelecimento, que, desde logo, passa a integrar o Programa e a que se informará então o número de seu cadastro.

§ 5º O RTA terá validade até 31 de dezembro do ano em que for firmado e a sua renovação, por iniciativa do estabelecimento, deverá ser encaminhada à SCTIE com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, para vigorar imediatamente após aquela data.

§ 6º A qualquer tempo, o estabelecimento poderá requerer a sua exclusão do Programa, que se efetivará no prazo máximo de 30 (trinta) dias, observado o procedimento estabelecido no § 3º deste artigo.

Art. 251. O RTA, o subsequente despacho de habilitação e a ADM configuram a relação contratual que assim se estabelece entre o Ministério da Saúde e o estabelecimento, na forma do art. 62 da Lei nº 8.666, de 1993, e respectivo § 4º, pela qual será regida.

Art. 252. Cumprido o disposto no § 4º do art. 250, o processo será remetido ao Fundo Nacional de Saúde, para emissão de empenho por estimativa em nome do estabelecimento, e para abertura de conta bancária em seu nome, vinculada ao Programa, de acordo com os dados previstos na ficha de cadastro constante deste Regulamento.

Parágrafo único. O empenho da despesa será efetuado na dotação prevista na Lei do Orçamento Geral da União, por conta do Programa de Trabalho 10.303.1293.8415 - Manutenção e Funcionamento das Farmácias Populares.

Art. 253. O DATASUS, até o 5º (quinto) dia após o mês vencido, emitirá relatório das compras processadas, por estabelecimento habilitado ou, no caso de rede de farmácias e drogarias, como preferir a matriz, com indicação precisa do valor imputado ao Programa.

Parágrafo único. O relatório será encaminhado à SCTIE para atestar a realização das compras processadas, assim liquidadas,

e, em seguida, remetê-lo ao Fundo Nacional de Saúde, que procederá ao seu pagamento até o 10º (décimo) dia após o mês de competência, observadas as normas de Administração Financeira.

Art. 254. As ADMs serão verificadas sistematicamente pela SCTIE, segundo os dados processados pelo DATASUS para identificação de situações sugestivas de irregularidades.

§ 1º O DATASUS manterá à disposição dos sistemas de controle instituídos, especialmente do DENASUS e da SCTIE, as transações efetuadas, com todos os dados relativos a cada ADM, na forma do item 14 do Anexo XXXII.

§ 2º Diante de indícios de irregularidade, a SCTIE, de ofício ou por provocação procedente dos sistemas de controle, suspenderá preventivamente a habilitação concedida ao estabelecimento, assim como os pagamentos que lhe são devidos, e solicitará ao DENASUS a apuração dos fatos.

§ 3º Confirmada a irregularidade, a SCTIE notificará o estabelecimento para, no prazo de 30 (trinta) dias, apresentar defesa e recolher os valores que tiverem sido impugnados.

§ 4º Rejeitada a defesa, a habilitação será definitivamente cancelada, sem prejuízo da imposição ao estabelecimento, quando for o caso, da penalidade cabível dentre as previstas no art. 87 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, além da instauração de tomada de conta especial, se o valor do débito apurado não tiver sido recolhido no prazo fixado.

Art. 255. As farmácias e drogarias habilitadas devem, obrigatoriamente, exibir em seus estabelecimentos peças disponibilizadas pelo Ministério da Saúde para visualização pelos pacientes, que identifiquem o Programa, indicadas a seguir:

I - adesivo externo, para vidro ou parede;

II - display de balcão, cuja identificação se dará na própria peça, acompanhada de fôlderes explicativos do Programa; e

III - móbil de teto ou banner, que pode ser afixado em qualquer local da farmácia.

Art. 256. Os casos omissos e as questões suscitadas pelos estabelecimentos habilitados serão resolvidos pelo titular da SCTIE, ouvida, se necessário, a unidade do Ministério da Saúde que se entenda identificada com a natureza do assunto.

Art. 257. Os conflitos entre o Ministério e os estabelecimentos habilitados, não resolvidos pela via administrativa, serão dirimidos pela Justiça Federal da 1ª Região da Circunscrição Judiciária do Distrito Federal, com renúncia a qualquer outro foro, por mais privilegiado que seja.

Art. 258. O texto deste Regulamento e outras informações sobre o Programa estão disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sctie.

Art. 259. Estão mantidas as ações previstas para a manutenção e instalação de farmácias do Programa "Farmácia Popular do Brasil" em parceria com Estados, Municípios e entidades.

Art. 260. O Programa Farmácia Popular do Brasil, realizado em ação conjunta entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, será coordenado por um Conselho Gestor, vinculado diretamente à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil terá a seguinte composição:

I - três representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, sendo um deles o Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, que o coordenará; e

II - três representantes indicados pela Presidência da FIOCRUZ.

Art. 261. As atividades do Programa Farmácia Popular do Brasil serão desenvolvidas de acordo com a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, por:

I - Fundação Oswaldo Cruz, por meio:

a) Gerência Técnica;

b) Gerência Administrativa;

c) Programa Farmácia Popular do Brasil; e

II - Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, sob a responsabilidade do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Art. 262. Ao Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil compete:

I - aprovar anualmente o Plano de Metas e o Plano de Desenvolvimento;

II - aprovar anualmente o Relatório de Gestão do Programa;

III - monitorar a execução orçamentária e a movimentação financeira;

IV - acompanhar as propostas de convênios com instituições públicas ou privadas que visem apoiar o desenvolvimento do Programa;

V - aprovar o Manual Básico do Programa;

VI - orientar e participar da formulação de indicadores de resultados e do impacto do Programa;

VII - sugerir a habilitação de parceiros e a celebração de convênios que se façam necessárias, não-previstas ou contempladas nas normas e requisitos estabelecidos; e

VIII - propor o elenco de medicamentos a ser disponibilizado pelo Programa.

Art. 263. À Gerência Técnica do Programa Farmácia Popular do Brasil compete:

I - monitorar a qualidade dos serviços prestados pelas unidades vinculadas ao Programa;

II - coordenar as ações de formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento das atividades;

III - coordenar as ações de atenção e de informação ao usuário, aos profissionais de saúde e aos parceiros;

IV - promover a avaliação permanente da lista de produtos e serviços disponibilizados; e

V - coordenar a elaboração de manuais e procedimentos operacionais referentes a todas as atividades técnicas e às ações desenvolvidas nas farmácias.

Art. 264. À Gerência Administrativa do Programa Farmácia Popular do Brasil, compete:

I - dar suporte à instalação e à manutenção de unidades mediante a celebração de convênios ou parceria entre o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz e os Municípios, os Estados e o Distrito Federal;

II - acompanhar e monitorar o gerenciamento das farmácias do Programa;

III - participar do planejamento de aquisição de produtos, de reposição de estoques de produtos, outros insumos materiais, equipamentos e contratação de serviços necessários para implantação das unidades do Programa;

IV - acompanhar os processos de logística referentes à guarda, ao transporte e à distribuição de medicamentos, insumos diversos, materiais e equipamentos das unidades do Programa; e

V - aprovar os projetos das instalações e áreas físicas das farmácias a ser implantadas pelos Municípios, Estados, Distrito Federal e entidades conveniadas, visando à adequação ao disposto no Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Art. 265. Ao Departamento de Assistência Farmacêutica, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos compete:

I - estabelecer mecanismos de controle e monitoramento da implementação, do desenvolvimento e dos resultados do Programa;

II - supervisionar, por meio de suas gerências técnicas, as seguintes ações:

a) instrução dos processos administrativos de habilitação de Municípios, Estados e Distrito Federal e pela celebração de convênios com as instituições autorizadas;

b) instrução dos processos administrativos de habilitação de empresas parceiras, nos termos da Portaria nº 491, de 9 de março de 2006, do Ministério da Saúde;

c) emissão dos pareceres sobre as solicitações de habilitações de Municípios e Estados, segundo procedimentos e critérios definidos no Manual Básico do Programa;

d) emissão dos pareceres sobre as solicitações de celebração de convênios com instituições autorizadas, segundo procedimentos e critérios definidos no Manual Básico do Programa; e

e) emissão dos pareceres sobre as solicitações de habilitação de empresas parceiras nos termos da Portaria nº 491/GM, de 9 de março de 2006.

Art. 266. As despesas decorrentes das ações desencadeadas pelo Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil incidirão sobre as seguintes Ações Programáticas do Plano Plurianual PPA 2004/2007:

I - 10.303.1293.7660.0001 - Implantação de Farmácias Populares;e

II - 10.303.1293.8415.0001 - Manutenção e Funcionamento das Farmácias Populares.

Art. 267. O Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz deverão indicar representantes para o Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil, os quais serão designados por ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério.

Subseção III

Do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

Art. 268. O Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Parágrafo único. O referido Programa será financiado e desenvolvido de maneira solidária e pactuada pela União, Estados e Municípios.

Art. 269. O Programa a que se refere o art. 268 tem os seguintes objetivos:

I - implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes a ser proposto pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

II - ofertar, de maneira contínua para a rede básica de saúde, os medicamentos para hipertensão hidroclorotiazida 25 mg, propranolol 40 mg e captopril 25 mg e diabetes metformina 850 mg, glibenclamida 5mg e insulina definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes e pela CIT; e

III - acompanhar e avaliar os impactos na morbimortalidade para essas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional.

Art. 270. Para execução do Programa, ficam definidas as seguintes responsabilidades:

I - do gestor federal:

- a) elaboração e apresentação à CIT das diretrizes e das modalidades de operacionalização do referido Programa;
- b) aquisição e fornecimento aos Municípios dos medicamentos padronizados para tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus de forma a contemplar todos os pacientes cadastrados;
- c) desenvolvimento e disponibilização para os Municípios de instrumento que permita o cadastramento e acompanhamento dos portadores das doenças especificadas;
- d) coordenação nacional do Programa em conjunto com as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde;
- e) elaboração e manutenção da base nacional do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes;
- f) acompanhamento e avaliação do Programa quanto ao custo benefício, modelos de gestão, adesão e operacionalização local, impactos epidemiológicos e assistenciais;

II - das Secretarias Estaduais de Saúde:

- a) coordenação estadual do Programa mediante estratégias que fortaleçam a gestão das políticas de prevenção e tratamento da hipertensão e diabetes;
- b) acompanhamento e assessoria aos Municípios no processo de adesão ao Programa Nacional particularmente quanto às ações de prevenção e controle clínico dessas doenças;

c) assessoria aos Municípios na implementação local do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes;

d) consolidação e manutenção no nível estadual do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes;

e) acompanhamento e avaliação do estoque e dispensação dos medicamentos vinculados ao Programa; e

III - das Secretarias Municipais de Saúde:

a) implementação em nível local, com apoio das Secretarias Estaduais de Saúde, do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus;

b) cadastramento dos pacientes e manutenção do Cadastro Nacional atualizado;

c) garantia de acesso ao tratamento clínico aos portadores dessas doenças na rede básica de saúde;

d) participação nos processos de capacitação dos profissionais da rede básica para o acompanhamento clínico dessas doenças;

e) implantação de outras ações de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis voltados para a melhoria do controle clínico dessas doenças; e

f) guarda, gerenciamento e dispensação dos medicamentos recebidos e vinculados ao Programa.

Art. 271. Os recursos orçamentários de que trata o presente Regulamento, no tocante ao Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial Diabetes Mellitus, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.303.0005.4368.0001 - Atendimento à População com Medicamentos e Insumos Estratégicos.

Art. 272. A Secretaria Executiva e a Secretaria de Atenção à Saúde deverão adotar, em conjunto, as medidas necessárias à operacionalização do Programa.

Seção IV

Da Saúde da Mulher

Subseção I

Do Atendimento durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós Parto Imediato

Art. 273. O Centro de Parto Normal - CPN, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, tem por finalidade o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal.

§ 1º Entende-se como Centro de Parto Normal a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distocias.

§ 2º O Centro de Parto Normal deverá estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes e organizado no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e ao puerpério.

§ 3º O Centro de Parto Normal poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde, a uma unidade intra-hospitalar ou como estabelecimento autônomo unidade isolada - desde que disponha de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência, conforme o disposto neste Regulamento.

Art. 274. Dever-se-á obedecer às seguintes normas e critérios de inclusão do Centro de Parto Normal no SUS:

I- estar vinculado às Unidades Básicas de Saúde da sua área de abrangência, especialmente às Unidades de Saúde da Família;

II- funcionar em parceria com o nível de referência secundário, que garantirá o atendimento dos casos identificados e encaminhados pelas unidades básicas às quais está vinculado;

III- manter informados os Comitês de Mortalidade Materna e Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde a que estiver vinculado.

Art. 275. Ao Centro de Parto Normal- CPN compete as seguintes atribuições:

I - desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto nos CPN e da amamentação do recém-nascido/RN;

II - acolher as gestantes e avaliar as condições de saúde materna;

III - permitir a presença de acompanhante;

IV - avaliar a vitalidade fetal pela realização de partograma e de exames complementares;

V - garantir a assistência ao parto normal sem distocias, respeitando a individualidade da parturiente;

VI - garantir assistência ao RN normal;

VII - garantir assistência imediata ao RN em situações eventuais de risco, devendo, para tal, dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolos clínicos estabelecidos pela Associação Brasileira de Pediatria;

VIII - garantir a remoção da gestante, nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 1 (uma) hora;

IX - garantir a remoção dos RN de risco para serviços de referência, em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 1 (uma) hora;

X - acompanhar e monitorar o puerpério, por um período mínimo de 10 (dez) dias (puerpério mediato), e XI - desenvolver ações conjuntas com as unidades de saúde de referência e com os programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

Art. 276. O Centro de Parto Normal, no tocante às características físicas, deverá:

I - apresentar planta física adequada ao acesso da gestante;

II - estar dotado de:

a) sala de exame e admissão de parturientes;

b) quarto para pré-parto/ parto/ pós- parto - PPP;

c) área para lavagem das mãos;

d) área de prescrição;

e) sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes;

f) área para assistência ao RN;

III - possuir os seguintes ambientes de apoio:

a) banheiro para parturientes com lavatório, bacia sanitária e chuveiro com água quente;

b) copa/cozinha;

c) sala de utilidades;

d) sanitário para funcionários e acompanhantes;

e) depósito de material de limpeza;

f) depósito de equipamentos e materiais de consumo;

g) sala administrativa;

h) rouparia / armário;

IV - atender aos requisitos quanto à estrutura física, previstos neste Regulamento, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, em especial as normas do Ministério da Saúde, específicas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

V - como unidade intra-hospitalar, pode compartilhar os ambientes de apoio com outros setores do hospital, desde que estejam situados em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a ser atendidos;

VI - como unidade isolada, não poderá adotar a solução de boxe individualizado;

VII - com referência às instalações prediais deve atender às exigências técnicas das normas de funcionamento de estabelecimentos assistenciais de saúde do Ministério da Saúde e dos códigos de obras locais; e

VIII - adotar as exigências técnicas das normas para a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

Art. 277. O Centro de Parto Normal deverá possuir os seguintes equipamentos mínimos:

- I - mesa para exame ginecológico;
- II - berço comum;
- III - mesa auxiliar;
- IV - cama de PPP;
- V - cadeira para acompanhante;
- VI - mesa de cabeceira;
- VII - fita métrica;
- VIII - escadinha de dois lances;
- IX - duas cadeiras;
- X - estetoscópio de Pinard;
- XI - estetoscópio clínico;
- XII - esfigmomanômetro;
- XIII - material de exames;
- XIV - amnioscópico;
- XV - sonar;
- XVI - cardiotocógrafo;
- XVII - aspirador de secreções;
- XVIII - berço aquecido;
- XIX - fonte de oxigênio;
- XX - balão autoinflável com reservatório de oxigênio e válvula de segurança;
- XXI - máscaras para neonatos;
- XXII - laringoscópio;
- XXIII - 2 (duas) lâminas de laringoscópio retas (n^{os} 0 e 1);
- XXIV - cânulas oro-traqueais;

XXV - extensões de borracha;

XXVI - oxímetro de pulso;

XXVII - sonda de aspiração traqueal;

XXVIII - incubadora de transporte;

XXIX - fonte de oxigênio na viatura; e

XXX - ambulância.

Art. 278. Os recursos humanos necessários ao funcionamento do CPN, são:

I - equipe mínima constituída por 1 (um) enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, 1 (um) auxiliar de enfermagem, 1 (um) auxiliar de serviços gerais e 1 (um) motorista de ambulância;

II - o CPN poderá contar com equipe complementar, composta por 1 (um) médico pediatra ou neonatologista e 1 (um) médico obstetra; e

III - a parteira tradicional poderá atuar no Centro de Parto Normal no qual as especificidades regionais e culturais sejam determinantes para o acesso aos serviços de saúde.

Art. 279. Para fins de remuneração das atividades desenvolvidas pelo Centro de Parto Normal, ficarão incluídos na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS os seguintes Grupos de Procedimentos e procedimentos:

I - 35.100.10-9 - Cirurgia Obstétrica X;

II - 35.086.01-7 - Assistência ao período premonitório e ao parto normal sem distocia em Centro de Parto Normal;

SH	SP	SADT	TOTAL	PONTO	ANEST	PERM
187,53	0,00	7,25	194,78	0000	0000	02

III - 35.100-11-7 - Cirurgia Obstétrica XI; e

IV - 35.087.01-3 - Assistência ao período premonitório e ao parto normal sem distocia em Centro de Parto Normal com atenção ao RN na sala de parto realizado por pediatra ou neonatologista.

SH	SP	SADT	TOTAL	PONTO	ANEST	PERM
----	----	------	-------	-------	-------	------

200,63	0,00	7,25	207,88	0000	0000	02
--------	------	------	--------	------	------	----

Art. 280. Nenhum Centro de Parto Normal poderá funcionar sem estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado ou do Município, atendendo aos requisitos constantes deste Regulamento e da legislação pertinente.

Art. 281. A construção, a reforma ou a ampliação na estrutura física do Centro de Parto Normal devem ser precedidas de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local.

Parágrafo único. As unidades que preencherem os requisitos constantes desta Seção passarão a dispor das condições necessárias para se integrar ao Sistema Único de Saúde, como Centro de Parto Normal, e receber a remuneração referente aos procedimentos de que trata art. 279 deste Regulamento.

Art. 282. As Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde deverão encaminhar ao Ministério da Saúde propostas de implantação de Centros de Parto Normal inseridos nos sistemas locais de saúde e de acordo com as prioridades de organização da assistência à gestação e ao parto, no âmbito dos sistemas de saúde estaduais.

Art. 283. Cabe ao gestor Estadual e/ou Municipal do SUS realizar as vistorias e adotar as providências necessárias ao cadastramento dos Centros de Parto Normal.

Art. 284. As Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garantam o cumprimento dos objetivos dos Centros de Parto Normal em promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher na assistência ao parto.

Art. 285. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Parágrafo único. O Programa de que trata o caput deste artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 286. Para estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento deverão ser observados os seguintes princípios e diretrizes:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, do parto e do puerpério;

II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e as condições estabelecidas no Anexo XXXIV a este Regulamento;

III - toda gestante tem direito de saber e de ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa assistência seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e as condições estabelecidas no Anexo XXXIV a este Regulamento;

V - todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal; e

VI - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima.

Art. 287. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento deverá ser constituído pelos seguintes componentes, regulamentados em ato próprio do Ministério da Saúde:

I - Componente I - Incentivo à Assistência Pré-Natal;

II - Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal; e

III - Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto.

§ 1º O Componente I - Incentivo à Assistência Pré-Natal, tem o objetivo de estimular os Estados e os Municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes.

§ 2º O Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, terá dois componentes:

a) criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e à regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares; e

b) financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos.

§ 3º O Componente III - a nova sistemática de pagamento da assistência ao parto tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS e terá dois componentes:

a) alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto; e

b) pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea "a" para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré

Natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo.

Art. 288. Serão destinados recursos no montante de R\$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais) para o desenvolvimento dos componentes previstos no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, cujas despesas correrão por conta das dotações consignadas às seguintes atividades: 10.301.0001.0587, 10.301.0001.0589, 10.302.0023.4306, 10.302.0023.4307, 10.302.0004.1823, 10.302.0004.1837, 10.302.0004.1867.

Parágrafo único. A composição do montante global de recursos destinados à implementação do Programa, de que trata o caput deste artigo, é a seguinte:

I - R\$ 123.000.000,00 (cento e vinte e três milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, adicionais aos recursos já despendidos nessa assistência;

II - R\$ 134.038.000,00 (cento e trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) a ser investidos no primeiro ano de implantação do Programa, sendo:

a) R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde e destinados ao Componente II Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal;

b) R\$ 34.038.000,00 (trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) oriundos do empréstimo BID/BIRD/REFORSUS destinados, dentro do Componente II, à aquisição de equipamentos para aparelhamento de unidades hospitalares cadastradas como referência para gestação de alto risco e de UTIs neonatais; e

c) R\$ 310.000.000,00 (trezentos e dez milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência Obstétrica e Neonatal, adicionais aos recursos já despendidos nessa assistência.

Art. 289. A cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde, caberá as seguintes atribuições para implementação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento:

I - são atribuições do Ministério da Saúde:

a) articular com Estados, Municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

b) assessorar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na elaboração dos respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

c) estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa;

d) alocar recursos destinados ao cofinanciamento dos componentes integrantes do Programa;

II - são atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

a) elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à

implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, organizando seus sistemas estadual-regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a Atenção Básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco;

b) coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal;

c) estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;

d) assessorar os Municípios na estruturação das respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

e) assessorar os Municípios no processo de implementação do Programa e dos respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento;

f) alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

g) monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;

h) manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade - Sistema de Informações sobre Mortalidade SIM, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, e Sistema de Informação de Procedimentos de Alta Complexidade SIPAC;

III - são atribuições das Secretarias Municipais de Saúde:

a) participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-Natal e Nascimento;

b) estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles Municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

- c) estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar naqueles Municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;
- d) garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes;
- e) identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro Município, mediante programação regional;
- f) estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro Município, mediante programação regional;
- g) alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;
- h) monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal; e
- i) manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade - SIM, SINASC, SIPAC.

Art. 290. O Projeto Nascer-Maternidades, instituído no âmbito do SUS, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

§ 1º Os objetivos gerais do Projeto de que trata o caput deste artigo são:

I - reduzir a transmissão vertical do HIV; e

II - reduzir a morbimortalidade associada à sífilis congênita.

§ 2º Os objetivos específicos do Projeto são:

I - estabelecer, mediante a testagem para o HIV no período pré-parto imediato, e com consentimento informado da gestante após aconselhamento, o status sorológico de 100% (cem por cento) das parturientes que não tenham realizado essa testagem durante o pré-natal;

II - garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV para 100% (cem por cento) das parturientes HIV positivas detectadas e seus recém-natos;

- III - garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positivas e de seus recém-natos;
- IV - testar para a sífilis 100% (cem por cento) das parturientes atendidas no SUS;
- V - garantir o tratamento adequado de 100% (cem por cento) dos casos de sífilis adquirida em parturientes e de sífilis congênita dos recém-natos diagnosticados;
- VI - criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pondero-estatural; e
- VII - implementar rotinas de melhoria do atendimento à parturiente/puérpera e seus recém-nascidos, fortalecendo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

Art. 291. O Projeto Nascer-Maternidades será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde.

§ 1º No nível nacional, o Projeto será coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde que, para o gerenciamento dos trabalhos, deverá envolver a Coordenação Nacional de DST e Aids, a Área Técnica de Saúde da Mulher, a Área Técnica da Saúde da Criança, o Departamento de Atenção Básica e a Coordenação-Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

§ 2º No nível regional, a Coordenação do Projeto caberá às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e, no nível local, às Secretarias Municipais de Saúde, devendo cada uma delas designar o respectivo coordenador escolhido entre os correspondentes estaduais e municipais dos Programas referidos no parágrafo anterior.

§ 3º O Projeto deverá ser desenvolvido observando-se as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento PHPN e da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2002, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento.

Art. 292. As maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde deverão realizar as seguintes atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades:

I - testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido);

II - testes para sífilis (micro-hemaglutinação);

III - administração de inibidor de lactação (quando indicado);e

IV - profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes com diagnóstico positivo para infecção pelo HIV.

§ 1º A testagem para o HIV será realizada naquelas parturientes que, não tendo realizado essa testagem durante o pré-natal, autorizem sua realização após aconselhamento pela equipe de saúde, devendo o aconselhamento pré e pós teste ser realizado por profissionais da área de saúde que tenham recebido capacitação específica para essa atividade.

§ 2º A execução do teste rápido para a infecção pelo HIV deverá ocorrer utilizando-se o algoritmo constante do Anexo XXXV a este Regulamento, por profissionais de saúde e que tenham recebido capacitação específica para essa atividade.

§ 3º A execução do conjunto de procedimentos estabelecidos para profilaxia da transmissão vertical do HIV, incluindo a inibição temporária ou definitiva da lactação, deverá ser realizada por médicos ou enfermeiros, devendo sempre ser baseada no consentimento livre e esclarecido da puérpera.

§ 4º A aplicação das rotinas de profilaxia da transmissão vertical do HIV deverá ocorrer conforme as normas do Ministério da Saúde.

§ 5º A aplicação das rotinas de diagnóstico e tratamento da sífilis materna e da sífilis congênita deverá ocorrer conforme as normas do Ministério da Saúde.

§ 6º A aplicação das rotinas de melhoria da qualidade da assistência à parturiente, puérpera e seus recém-nascidos, deverá ocorrer de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

Art. 293. Para dar início ao desenvolvimento das atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades, o Ministério da Saúde tornará disponíveis às maternidades previamente identificadas, pelo período de 6 (seis) meses, os seguintes insumos:

I - testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido);

II - testes para sífilis (micro-hemaglutinação);

III - anti-retrovirais;

IV- inibidor de lactação; e

V - fórmula infantil.

§ 1º A aquisição dos insumos será efetuada segundo a estimativa do número de partos realizados nas maternidades, na prevalência do HIV, na cobertura de testagem anti-HIV por unidade federada e no número de maternidades identificadas e cadastradas pelos Estados para fazerem parte do Projeto nesta primeira etapa.

§ 2º A Secretaria-Executiva, por meio da Diretoria de Programas Estratégicos em Saúde, para a implantação dos seis primeiros meses do Projeto, conforme o estabelecido no caput deste artigo, realizará os procedimentos necessários à aquisição dos insumos listados nos incisos I, II, III e V.

§ 3º A Coordenação Nacional de DST/Aids se responsabilizará pela distribuição desses insumos às Coordenações Estaduais de DST/Aids, e estas às maternidades identificadas.

§ 4º Findo o período definido no caput deste artigo, a totalidade das maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde, desde que possuindo condições técnicas para tal, deverá realizar os procedimentos relacionados nos incisos I, II e III do art. 292, devendo, para tanto, custear essas atividades pela cobrança dos respectivos procedimentos constantes da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS.

§ 5º Quanto à fórmula infantil, findo o período definido no caput deste artigo, deverá ser estabelecido pacto entre os gestores para definir a sistemática de aquisição do insumo e sua distribuição aos serviços de saúde.

Art. 294. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as medidas necessárias à inclusão dos testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido), testes para sífilis (micro-hemaglutinação) e inibidor de lactação na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS.

Art. 295. Os recursos orçamentários, destinados ao Projeto Nascer-Maternidades, correrão por conta do orçamento do

Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.303.0005.4368 - Atendimento à População com medicamentos e insumos estratégicos;

II - 10.302.0023.4306 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em Regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde;

III - 10.302.0023.4307 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada do Sistema Único de Saúde;

IV - 10.303.0003.4327 - Diagnóstico e Acompanhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida HIV/Aids nos Laboratórios da Rede Pública;

V - 10.303.0003.4370 - Atendimento a população com medicamentos para tratamento dos portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida - Aids - e das doenças sexualmente transmissíveis - DST; e

VI - 10.305.0003.3954 - Promoção de práticas seguras sobre prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST, do vírus da imunodeficiência humana - HIV e da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids).

Art. 296. As Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto", estão aprovadas no Anexo XXXVI a este Regulamento.

Parágrafo único. O "Alojamento Conjunto" de que trata o caput deste artigo é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 (vinte e quatro) horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar, de forma a possibilitar a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe/filho.

Subseção II Da Mortalidade Materna Art. 297. O óbito materno tem de ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas desses óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas.

§ 1º É considerado óbito materno aquele sofrido por uma mulher durante a gestação ou até 42 (quarenta e dois) dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, causado por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

§ 2º O instrumento para notificação compulsória de que trata o caput deste artigo é a declaração de óbito, que deve seguir o fluxo estabelecido nos arts. 10, 11, 12 e 13 da Seção III da Portaria nº 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Art. 298. Tem de ser obrigatória a investigação, por parte de todos os Municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno.

§ 1º A referida investigação deverá ser iniciada, no máximo, 30 (trinta) dias após a ocorrência do óbito.

§ 2º Em caso de óbito cujas informações registradas na Declaração de Óbito - DO não permitiram, inicialmente, a classificação como morte materna, mas que, após a investigação, comprovou se tratar de óbito dessa natureza, as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde, de acordo com suas competências, devem incorporar as novas causas ao banco de dados do SIM.

Art. 299. O Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI, da Fundação Nacional de Saúde, em conjunto com a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, do Ministério da Saúde, definirá os mecanismos para a operacionalização do disposto neste Regulamento.

Subseção III Da Violência contra a Mulher Art. 300. O serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher deverá obedecer ao disposto neste Regulamento.

§ 1º Os serviços de referência serão instalados, inicialmente, em Municípios que possuam capacidade de gestão e que preencham critérios epidemiológicos definidos.

§ 2º Os serviços de que trata o caput deste artigo serão monitorados e avaliados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, devendo a partir desse processo, ser programada sua expansão.

Art. 301. A Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher e Outras Violências Interpessoais será utilizada em todo o território nacional.

Art. 302. A notificação compulsória de violência contra a mulher seguirá o seguinte fluxo:

I - o preenchimento ocorrerá na unidade de saúde onde foi atendida a vítima;

II - a Ficha de Notificação é remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou serviço correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos em aplicativo próprio; e

III - as informações consolidadas serão encaminhadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

Art. 303. A Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, definirá as diretrizes e os mecanismos de operacionalização dos serviços.

Art. 304. Delega-se competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar, quando necessário, normas regulamentadoras sobre a violência contra a mulher, em conformidade ao disposto nesta Seção do Regulamento.

Subseção IV

Da Reprodução Humana Assistida

Art. 305. A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, será implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 306. 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:

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;

II - identificar os determinantes e os condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transitórias de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e as 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;

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;

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;e

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.

Art. 307. A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o art. 1º deste Regulamento, deverá ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

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 ponha em risco a vida da mulher ou do feto;

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 desse 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

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.

§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade será composta por:

a) serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e

b) serviços de Assistência Especializada - SAE que são de referência em DST/HIV/Aids.

§ 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.

Art. 308. A regulamentação suplementar e complementar do disposto neste Regulamento ficará a cargo dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida.

§ 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.

§ 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.

Art. 309. 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 polos de educação permanente em saúde.

Art. 310. A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, deverá adotar todas as providências necessárias à plena

estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

Subseção V

Do Combate ao Câncer de Colo Uterino

Art. 311. O Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Art. 312. A Secretaria de Atenção à Saúde é o órgão responsável pela coordenação do Programa.

Art. 313. A Secretaria de Atenção à Saúde regulamentará os procedimentos necessários ao Programa.

Seção V

Da Saúde do Neonatal, da Criança e do Adolescente

Subseção I

Do Atendimento ao Neonatal

Art. 314. A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, instituída no âmbito do SUS, tem por finalidade o atendimento ao recém-nascido de médio risco.

Parágrafo único. Entende-se como Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal a unidade destinada ao atendimento do recém-nascido nas seguintes situações:

I - que após a alta da UTI necessite de observação nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas;

II - com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica;

III - que necessite de venoclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos e alimentação parenteral em transição;

IV - em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;

V - que necessite realizar procedimento de exsanguineotransfusão;

VI - com peso superior a 1500 g e inferior a 2000 g que necessite de observação nas primeiras 72 (setenta e duas) horas; e

VII - submetido a cirurgia de médio porte, estável.

Art. 315. As normas e critérios de inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS estão estabelecidas na forma do Anexo XXXVII a este Regulamento.

Art. 316. Cabe ao gestor estadual e/ou municipal do SUS definir e cadastrar as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal
Parágrafo único. De acordo com o caput deste artigo, as necessidades de assistência da localidade onde estão inseridas e do conjunto das ações de saúde no âmbito dos Sistemas Estaduais deverão ser supridas após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 317. As unidades que preencherem os requisitos contidos neste Regulamento passarão a dispor das condições necessárias para se integrar ao Sistema Único de Saúde e receber a remuneração pelos procedimentos realizados, de acordo com os novos tetos financeiros previstos pelo Ministério da Saúde para os Estados e o Distrito Federal.

Art. 318. Os recursos no montante de R\$ 13.073.970,00 (treze milhões, setenta e três mil novecentos e setenta reais), a ser incorporados aos limites financeiros anuais dos Estados e do Distrito Federal, na área de Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar, conforme distribuição constante do Anexo XXXVIII, destinados ao custeio das Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal objeto do art. 313 deste Regulamento.

Art. 319. As Secretarias Estaduais e os Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, treinamento, supervisão e controle que garantam a melhoria de qualidade da assistência ao recém-nascido.

Art. 320. A Secretaria-Executiva e a Secretaria de Atenção à Saúde, mediante ato conjunto, regulamentarão os procedimentos hospitalares do SIH/SUS, para fins de remuneração da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

Art. 321. O Programa Nacional de Triagem Neonatal PNTN, instituído no âmbito do SUS, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

§ 1º O Programa Nacional de Triagem Neonatal deverá ser executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de triagem neonatal em fase pré-sintomática, acompanhamento e tratamento das doenças congênitas detectadas, inseridas no Programa todos os nascidos vivos, promovendo o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos laboratórios especializados e dos serviços de atendimento, bem como organizar e regular o conjunto dessas ações de saúde.

§ 2º O Programa Nacional de Triagem Neonatal se ocupará da triagem com detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados nas seguintes doenças congênitas, de acordo com a respectiva Fase de Implantação do Programa:

I - fenilcetonúria;

II - hipotireoidismo congênito;

III - doenças falciformes e outras hemoglobinopatias; e

IV - fibrose cística.

§ 3º Em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos Estados e no Distrito Federal, da variação percentual de cobertura dos nascidos vivos da atual triagem neonatal e da diversidade das características populacionais existentes no País, o Programa Nacional de Triagem Neonatal será implantado em fases, estabelecidas neste Regulamento.

Art. 322. A Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal possuirá as seguintes fases.

I - Fase I - Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito: compreende a realização de triagem neonatal para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, com a detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados, devendo os Estados e o Distrito Federal garantir a execução de todas as etapas do processo e, para tanto, organizar uma Rede de Coleta de material para exame (envolvendo os Municípios) e organizar/ cadastrar o(s) Serviço(s) Tipo I de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e ainda o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados;

II - Fase II - Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito + Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias: compreende a realização de triagem neonatal para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, com a detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamentos dos casos identificados, devendo os Estados e o Distrito Federal garantir a execução de todas as etapas do processo, e para tanto, utilizar a rede de coleta organizada/definida na Fase I e organizar/cadastrar o(s) Serviço(s) Tipo II de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e ainda o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados; e

III - Fase III - Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias + Fibrose Cística: compreende a realização de triagem neonatal para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística com a detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados, devendo os Estados e o Distrito Federal garantir a execução de todas as etapas do processo, e para tanto, utilizar a rede de coleta organizada na Fase I e organizar/cadastrar o(s) Serviço(s) Tipo III de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e ainda o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados.

Art. 323. As competências e atribuições relativas à implantação/gestão do Programa Nacional de Triagem Neonatal de cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde estão estabelecidas nos termos do Anexo XXXIX a este Regulamento e em conformidade com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento.

Art. 324. Os critérios a ser cumpridos pelos Estados e pelo Distrito Federal para habilitação nas fases de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal definidas no art. 322 deste Regulamento, estão estabelecidos nos termos do Anexo XL.

Art. 325. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com seu nível de responsabilidade no Programa, deverão organizar Redes Estaduais de Triagem Neonatal que serão integradas por:

I - Postos de Coleta; e

II - Serviços de Referência em Triagem Neonatal/
Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I, II
ou III;

§ 1º Compete aos Municípios a organização/estruturação/cadastramento de tantos postos de coleta quantos forem necessários para a adequada cobertura e acesso das respectivas populações, sendo obrigatória a implantação de pelo menos 1 (um) Posto de Coleta por Município (Municípios em que ocorram partos), em conformidade com o estabelecido no Anexo XLI a este Regulamento.

§ 2º Compete aos Estados e ao Distrito Federal a organização das Redes Estaduais de Triagem Neonatal, designando um Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal, articulando os Postos de Coleta Municipais com o(s) Serviço(s) de Referência, os fluxos de exames, a referência e a contrarreferência dos pacientes triados.

§ 3º Compete, ainda, aos Estados e ao Distrito Federal a organização/estruturação/cadastramento de Serviço(s) de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas, de acordo com a fase de implantação do Programa, respectivamente de Tipos I, II ou III, que estejam aptos a realizar a triagem, a confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o tratamento das doenças triadas na Fase de Implantação do Programa em que o Estado estiver, em conformidade com o estabelecido no Anexo XLI a este Regulamento, sendo obrigatória a implantação de pelo menos 1 (um) Serviço de Referência por Estado no tipo adequado à sua fase de Implantação do Programa.

Art. 326. As Normas de Funcionamento e Cadastramento de Postos de Coleta e de Serviços de Referência em Triagem Neonatal/ Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas estão previstas nos termos do Anexo XLI a este Regulamento.

Art. 327. Os Estados e o Distrito Federal, para que possam executar as atividades previstas no Programa Nacional de Triagem Neonatal, deverão se habilitar, pelo menos, na Fase I de Implantação do Programa.

Art. 328. Fica excluída da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, a contar da competência

setembro/2001, o procedimento de código 11.052.11-2 - Teste de Triagem Neonatal (TSH e Fenilalanina).

Art. 329. Fica incluída na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, a contar da competência setembro/2001, os seguintes procedimentos:

§ 1º A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS definirá, em ato próprio, os serviços/classificação a que estarão vinculados os procedimentos ora incluídos, suas compatibilidades, instruções de realização e cobrança bem como outras orientações necessárias a sua plena implementação.

§ 2º Os procedimentos ora incluídos somente poderão ser realizados/cobrados por aqueles serviços habilitados para tal, de acordo com a Fase de Implantação do Programa em que o Estado estiver, em conformidade com as normas complementares a este Regulamento, a ser publicadas em ato da Secretaria de Atenção à Saúde SAS.

Art. 330. Os recursos financeiros a ser destinados ao financiamento das atividades estabelecidas neste Regulamento, no montante de R\$ 35.000.000,00 (trinta e cinco milhões de reais), R\$ 11.000.000,00 (onze milhões de reais) correspondem a recursos adicionais aos atualmente despendidos na Triagem Neonatal.

§ 1º Os recursos adicionais de que trata o caput deste artigo serão disponibilizados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, e que sua incorporação aos tetos financeiros dos Estados ocorrerá na medida em que estes se habilitarem nas respectivas Fases de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, em conformidade com o estabelecido neste Regulamento.

§ 2º Os recursos orçamentários de que trata este Regulamento ocorrerão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

I- 10.302.0023.4306 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde - SUS; e

II - 10.302.0023.4307 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 331. A Secretaria de Atenção à Saúde terá que elaborar e publicar o Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal e adotar as demais medidas necessárias ao fiel cumprimento do disposto neste Regulamento, definindo, se for o caso, a inclusão/alteração de procedimentos/medicamentos nas Tabelas do SIA/SUS e SIH/SUS, pertinentes à adequada assistência aos pacientes, determinação extensiva às disposições constantes deste Regulamento.

Art. 332. A Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, está aprovada nos termos do Anexo XLII a este Regulamento.

§ 1º O Método Canguru, de que trata o caput deste artigo, é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial que permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

§ 2º 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, de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Subseção II

Dos Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes

Art. 333. Os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde - SUS deverão comunicar aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos.

Art. 334. A comunicação de que trata o art. 333 deste Regulamento deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo XLIII, observadas as instruções e as cautelas nele indicadas para seu preenchimento.

Parágrafo único. O formulário de que trata o caput deste artigo deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do

paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço.

Subseção III

Do Programa Saúde do Adolescente

Art. 335. O Programa Saúde do Adolescente - PROSAD fundamenta-se numa política de promoção de saúde, de identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos e tratamentos adequados e reabilitação, respeitadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, estabelecidos na Constituição da República Federativa do Brasil.

Subseção IV

Da Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei

Art. 336. As diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei com medida sócio-educativa a ser cumprida, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas, obedecerão ao disposto neste Regulamento.

§ 1º As ações e os serviços decorrentes das diretrizes estabelecidas neste Regulamento terão por finalidade promover a saúde dos adolescentes, a que se refere o caput deste artigo, oferecendo uma abordagem educativa, integral, humanizada e de qualidade.

§ 2º Para o alcance dessa finalidade, são estabelecidas as seguintes prioridades:

I - implantação de estratégias de promoção da saúde, com o objetivo de promover ambiência saudável, estimular a autonomia, e desenvolver ações socioeducativas, atividades corporais e de melhoria das relações interpessoais, bem como o fortalecimento de redes de apoio aos adolescentes e suas famílias;

II - implantação de ações de prevenção e cuidados específicos, com prioridade para o desenvolvimento integral da adolescência, em particular, a saúde mental, a atenção aos agravos psicossociais, a atenção aos agravos associados ao uso de álcool e outras drogas, sob a perspectiva da redução de danos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva, a atenção às DST/HIV/Aids e às hepatites e a atenção aos adolescentes com deficiências;

III - implementação de medidas de proteção específica, como a distribuição de preservativos e a vacinação contra a hepatite, a influenza, o tétano, a rubéola e a outras doenças, de acordo com as padronizações da Secretaria de Vigilância em Saúde;

IV - garantia de acesso dos adolescentes a que se refere o caput deste artigo em todos os níveis de atenção à saúde, por meio de referência e contrarreferência, que deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada - PPI estadual, mediante negociação nas Comissões Intergestores Bipartites - CIB;

V - educação permanente, tanto das equipes de saúde e dos profissionais das unidades de internação e internação provisória, quanto dos profissionais que atuam nas unidades de saúde de referência voltadas às especificidades de saúde dessa população;

VI - garantia da inclusão, nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS, de dados e indicadores de saúde da população de adolescentes em regime de internação e internação provisória; e

VII - reforma e a aquisição de equipamentos para as unidades de internação e internação provisória, visando ao estabelecimento de unidade de saúde que atenda às necessidades da Atenção Básica, assim como a adequação do espaço físico de todas as unidades às exigências do Estatuto da Criança e do Adolescente e às Resoluções do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, garantindo condições de salubridade e área de lazer.

Art. 337. Em cada unidade da Federação, as Secretarias de Saúde do Estado, do Distrito Federal e dos Municípios-Sede das unidades de internação e internação provisória, em conjunto com a secretaria gestora do sistema sócio-educativo; deverão formular um Plano Operativo Estadual, conforme as normas a ser estabelecidas por meio de ato específico do Ministério da Saúde.

§ 1º A gestão e a gerência das ações e serviços de saúde constantes do Plano Operativo Estadual serão pactuadas, no âmbito de cada unidade federada, entre o gestor estadual de saúde, o gestor do sistema sócioeducativo e os gestores municipais de saúde, respeitadas as condições de gestão.

§ 2º O fórum de pactuação entre as Secretarias de Saúde do Estado e dos Municípios-Sede será a Comissão Intergestores Bipartite.

§ 3º Os Planos Operativos Estaduais deverão ser submetidos à aprovação do respectivo Conselho Estadual de Saúde e do Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente.

§ 4º Nos casos em que as Secretarias Municipais de Saúde assumirem a gestão e/ou a gerência das ações e serviços de saúde, deverá constar do Plano Operativo Estadual a aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde e dos Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Art. 338. Para a implementação das ações, o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, as Secretarias Estaduais de Saúde, as secretarias gestoras do sistema socioeducativo e as Secretarias Municipais de Saúde poderão estabelecer parcerias, acordos e convênios com entidades privadas sem fins lucrativos, bem como com organizações não-governamentais, regularmente constituídas e registradas no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, respeitados os critérios definidos no art. 91 do Estatuto da Criança e do Adolescente, e que detenham experiência de trabalho com adolescentes, em conflito com a lei.

Parágrafo único. As parcerias, os acordos, os convênios ou outros mecanismos de cooperação de que trata o caput deste artigo deverão ter um caráter de complementaridade.

Art. 339. O incentivo para a atenção à saúde de adolescentes em regime de internação e internação provisória, a ser financiado pelo Ministério da Saúde, tem o objetivo de complementar o financiamento das ações de atenção integral à saúde dessa população.

Parágrafo único. Os recursos do Ministério da Saúde serão repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou aos Municipais de Saúde, de acordo com a pactuação estabelecida no âmbito de cada unidade federada.

Art. 340. Compete à Secretaria Especial dos Direitos Humanos alocar recursos para o financiamento da adequação do espaço físico referida no inciso VII do § 2º do art. 336 deste Regulamento, da reforma e/ou construção de unidades de saúde e aquisição de equipamentos, nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo.

Art. 341. Compete à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres alocar recursos para o financiamento da capacitação, em gênero, dos adolescentes e dos profissionais envolvidos no

atendimento aos adolescentes em regime de internação e internação provisória.

Art. 342. O processo de educação permanente das equipes de saúde e dos profissionais das unidades de internação e internação provisória será cofinanciado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelo Ministério da Saúde.

Art. 343. A adesão e a habilitação das unidades federadas às diretrizes de implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes, a que se refere o art. 336 deste Regulamento, dar-se-á mediante a apresentação do Plano Operativo Estadual, conjuntamente pela Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e secretaria gestora do sistema socioeducativo.

§ 1º No Plano Operativo Estadual deverão estar contemplados os planos municipais de atenção à saúde dos adolescentes em regime de internação e internação provisória, conforme estabelece o art. 337 deste Regulamento, exceto nos casos em que a Secretaria Estadual de Saúde assuma a execução das ações e serviços nele pactuados.

§ 2º A liberação das verbas oriundas do Ministério da Saúde, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, para a implantação e implementação das ações e serviços previstos neste Regulamento, dar-se-á mediante a prévia aprovação do Plano Operativo Estadual.

§ 3º O Plano Operativo Estadual deverá incluir a definição das respectivas contrapartidas de todos os órgãos estaduais e municipais envolvidos no financiamento e/ou no desenvolvimento das ações de atenção à saúde delineadas neste Regulamento, na adequação das condições de infraestrutura e funcionamento das unidades, na composição e no pagamento das equipes de saúde e na referência para a média e a alta complexidade, conforme o Limite Financeiro de Assistência do Estado.

Art. 344. Será realizado, no âmbito nacional, o acompanhamento da implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em regime de internação e internação provisória, por uma Comissão de Acompanhamento, formalmente indicada e integrada por representantes das seguintes unidades:

I - do Ministério da Saúde:

- a) Secretaria-Executiva;
 - b) Secretaria de Atenção à Saúde;
 - c) Secretaria de Vigilância em Saúde;
 - d) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- II - da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República:
- a) Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente;
- III - da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres:
- a) Subsecretaria de Monitoramento e Ações Temáticas;
- IV - do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA;
- V - do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS;
- VI - do Fórum Nacional de Dirigentes Governamentais de Entidades Executoras da Política de Promoção e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - FONACRIAD;
- VII - do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;
- VIII - do Conselho Nacional de Saúde; e
- IX - do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

§ 1º Os instrumentos essenciais de trabalho dessa Comissão serão as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em regime de internação e internação provisória e os Planos Operativos Estaduais.

§ 2º A Comissão reunir-se-á quadrimestralmente para acompanhar a implementação dos Planos Operativos Estaduais e avaliar o cumprimento dos compromissos assumidos, podendo propor ao Ministério da Saúde, à Secretaria Especial dos Direitos Humanos, à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, às Secretarias Estaduais de Saúde, às secretarias gestoras do sistema sócio-educativo, ou às Secretarias Municipais de Saúde, os ajustes que se fizerem necessários.

§ 3º A convocação e coordenação das reuniões da Comissão caberão ao Ministério da Saúde, à Secretaria Especial dos Direitos Humanos e à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Art. 345. O Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde, regulamentará as diretrizes fixadas no presente Regulamento, visando à implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes, a que se refere o art. 336, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 346. As Normas para a Implantação e Implementação da Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, em unidades masculinas e femininas, a Padronização Física do Estabelecimento de Saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória, o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória e o Termo de Adesão estão aprovados na forma dos Anexos XLIV, XLV, XLVI e XLVII a este Regulamento.

Art. 347. A atenção a saúde dos adolescentes no âmbito das unidades de internação e internação provisória compreenderá o desenvolvimento das ações de saúde previstas no Anexo XLIV a este Regulamento e deverá ser realizada por equipe de saúde, de caráter multidisciplinar, composta por profissionais de nível médio e superior.

§ 1º Visando garantir uma atenção à saúde humanizada e de qualidade, é recomendável que a equipe prevista no caput deste artigo seja composta minimamente pelos seguintes profissionais:

- I - médico;
- II - enfermeiro;
- III - cirurgião-dentista;
- IV - psicólogo;
- V - assistente social;
- VI - terapeuta ocupacional;
- VII - auxiliar de enfermagem; e
- VIII - auxiliar de consultório dentário.

§ 2º Os profissionais de saúde vinculados às unidades de internação e internação provisória antes da implantação das normas previstas neste Regulamento integrarão a equipe de saúde responsável pelas ações elencadas em seu Anexo XLIV, que serão cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, pela Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde.

§ 3º A composição da equipe de saúde das unidades de internação e internação provisória, bem como sua respectiva carga horária, deverá respeitar a dinâmica do atendimento e a natureza dessas unidades.

Art. 348. Nos Municípios onde a soma do número de adolescentes internos for inferior a 40 (quarenta), uma mesma equipe poderá ser responsável pelas ações de saúde em mais de uma unidade, caso essas sejam circunvizinhas, devendo constar descrição e justificativa no Plano Operativo Estadual, conforme o Anexo XLVI a este Regulamento.

Art. 349. A atenção à saúde dos adolescentes de que trata este Regulamento será realizada em estabelecimento de saúde localizado dentro da unidade de internação ou de internação provisória, devidamente cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

Art. 350. O adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas terá garantia de acesso à assistência de média e alta complexidade.

Parágrafo único. As referências deverão ser negociadas e pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e incluídas na Programação Pactuada e Integrada - PPI do Estado.

Art. 351. O cálculo do valor do incentivo para a atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória será baseado nos seguintes critérios:

I - para atendimento até 40 (quarenta) adolescentes, será repassado o equivalente a 25% (vinte e cinco por cento) do valor resultante do somatório do incentivo da Saúde da Família, em sua faixa de cobertura 1 (0 - 4,9% da população), e do incentivo da Saúde Bucal, em sua faixa de cobertura 1 (um) por estabelecimento de saúde/ano;

II - para atendimento entre 41 (quarenta e um) e 100 (cem) adolescentes, será repassado o equivalente a 60% (sessenta por cento) do valor resultante do somatório do incentivo da Saúde da Família, em sua faixa de cobertura 1 (0 - 4,9% da população), e do incentivo da Saúde Bucal, em sua faixa de cobertura 1, por estabelecimento de saúde/ano; e

III - para atendimento acima de 101 (cento e um) adolescentes, a equipe de saúde será responsável por até 180 adolescentes, e repassado o equivalente a 100% (cem por cento) do valor resultante do somatório do incentivo da Saúde da Família, em sua faixa de cobertura 1 (0 - 4,9% da população), e do incentivo da Saúde Bucal, em sua faixa de cobertura 1, por equipe de saúde implantada/ano.

Parágrafo único. Para fins de cálculo do valor do incentivo, as unidades de internação e internação provisória existentes e localizadas na mesma área física serão contabilizadas como uma única unidade.

Art. 352. Às unidades de internação e internação provisória será garantido o quantitativo de medicamentos da assistência farmacêutica básica que compõe o elenco destinado às equipes da Saúde da Família, conforme definido no Anexo XLIV deste Regulamento.

Art. 353. Os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de semiliberdade, liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade serão assistidos pela rede do Sistema Único de Saúde.

Seção VI

Da Saúde do Idoso

Art. 354. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa está aprovada nos termos do Anexo XLVIII a este Regulamento.

Art. 355. Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com a Política de que trata o art. 354, devem promover a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e as responsabilidades estabelecidas neste Regulamento.

Art. 356. O Programa Nacional de Cuidadores de Idosos será coordenado por Comissão Interministerial, constituída por representantes da então Secretaria do Estado de Assistência

Social do Ministério da Previdência Social e da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. A referida Comissão, responsável pelo desenvolvimento do Programa, deverá apresentar os procedimentos de operacionalização.

Art. 357. O Programa Nacional de Cuidadores de Idosos atuará de forma descentralizada, envolvendo os Secretários Estaduais, do Distrito Federal e Municipais das áreas correspondentes e os respectivos Conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

Art. 358. Serão estabelecidos protocolos específicos com as universidades e entidades não-governamentais, de notória competência, visando à capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores domiciliar (familiar e não-familiar) e institucional.

Art. 359. Para a implantação e a implementação do Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, os Ministérios contarão com recursos aprovados nos respectivos orçamentos.

Seção VII

Da Saúde do Indígena

Art. 360. As diretrizes da Gestão da Saúde Indígena estão aprovadas nos termos do Anexo XLIX a este Regulamento.

Art. 361. O planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-ão por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em conformidade com as políticas e as diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.

Art. 362. O Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas e o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena passarão a ser denominados Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas IAB-PI e Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAE-PI, respectivamente.

§ 1º Os recursos de que trata o caput deste artigo serão transferidos ao respectivo gestor na modalidade fundo a fundo mediante pactuação.

§ 2º Os recursos do IAB-PI e do IAE-PI comporão blocos de financiamento da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade, respectivamente, previstos nos arts. 32 a 69 deste Regulamento.

Art. 363. A aplicação dos recursos do Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas e do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas deve estar em conformidade com o Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI e com os Planos de Saúde dos Estados e Municípios.

Parágrafo único. Os Planos Municipais e Estaduais de Saúde devem inserir as ações voltadas à Saúde Indígena de forma compatível com o Plano Distrital de Saúde Indígena.

Art. 364. O Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas - IAB-PI será utilizado para ofertar consultas e procedimentos de atenção básica às comunidades indígenas.

§ 1º Os valores do IAB-PI serão calculados pela soma de um valor fixo - parte fixa do IAB-PI acrescido de valor per capita regionalizado multiplicado pela população indígena de cada Município, conforme a relação da população indígena cadastrada no SIASI/FUNASA e a proposta de distribuição dos valores referentes ao IAB-PI, por Município - 2007, constantes do Anexo L a este Regulamento.

§ 2º O valor do IAB-PI dividido pela população indígena do Município não poderá exceder o valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) reais/habitante/ano, exceto para os Municípios da Amazônia Legal com população indígena acima de 50 habitantes.

§ 3º O IAB-PI será transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal.

§ 4º O valor da parte fixa do IAB-PI corresponde a:

I - R\$ 8.100,00 (oito mil e cem reais) mensais para Municípios com população indígena com 100 habitantes ou mais; e

II - R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinqüenta reais) mensais para Municípios com população indígena inferior a 100 habitantes.

§ 5º Ficam estabelecidos os seguintes valores per capita anuais por região:

I - Municípios da Região da Amazônia Legal: R\$ 300,00 (trezentos reais);

II - Municípios da Região Nordeste e dos Estados de Mato Grosso do Sul, Goiás e Minas Gerais: R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais); e

III - Municípios da Região Sul, demais Estados da Região Sudeste e do Distrito Federal: R\$ 100,00 (cem reais).

§ 6º Os Municípios que estão recebendo, por meio da legislação em vigor, valores superiores aos estabelecidos neste Regulamento, serão avaliados pela FUNASA com acompanhamento do Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI, que poderá readequar esses valores, desde que a aplicabilidade esteja de acordo com as responsabilidades pactuadas e respeitados os limites orçamentários.

§ 7º Os Municípios poderão estabelecer consórcio, na forma do disposto na legislação pertinente, em especial a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, ou outros mecanismos legais em vigor, para o remanejamento de recursos, entre si, para execução de ações e serviços de atenção à saúde indígena, em especial nos casos em que as aldeias ou terras indígenas estejam situadas em mais de um Município, com a participação da FUNASA e do Controle Social Indígena.

§ 8º Existindo Municípios que não disponham atualmente de condições técnico-operacionais para aderir às estratégias específicas que se destinam à utilização dos recursos do IAB-PI, poderão as respectivas Secretarias Estaduais de Saúde receber transitoriamente esses recursos para o desenvolvimento dessas estratégias.

Art. 365. A composição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena - EMSI dar-se-á a partir dos seguintes núcleos:

I - Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena - responsável pela execução das ações básicas de atenção à saúde indígena, composto por profissionais de saúde como: Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Médico, Odontólogo, Auxiliar de Consultório Dental, Técnico de Higiene Dental, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, Técnico em Saneamento, Agentes de Endemias e Microscopistas na Região da Amazônia Legal; e

II - Núcleo Distrital de Atenção à Saúde Indígena - responsável pela execução das ações de atenção integral à saúde da população indígena, sendo composto por profissionais que atuam na saúde indígena, não contemplados na composição referida no inciso I deste artigo, tais como Nutricionistas, Farmacêuticos/Bioquímicos, Antropólogos, Assistentes Sociais e outros, tendo em vista as necessidades específicas da população indígena.

Parágrafo único. A definição de quais profissionais deverão compor as Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena EMSI priorizará a situação epidemiológica, as necessidades de saúde, as características geográficas, o acesso e o nível de organização dos serviços, respeitando as especificidades étnicas e culturais de cada povo indígena, devendo atuar de forma articulada e integrada aos demais serviços do SUS, com clientela adscrita e território estabelecidos.

Art. 366. O incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAE-PI destina-se à implementação qualitativa e equânime da assistência ambulatorial e hospitalar, e ao apoio diagnóstico e terapêutico à população indígena.

§ 1º Os valores estabelecidos serão repassados aos Municípios e aos Estados, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde.

§ 2º O incentivo de que trata o caput deste artigo incidirá sobre os procedimentos pagos do SIH/SUS, proporcionais à oferta de serviços prestados pelos estabelecimentos às populações indígenas, no limite de até 30% (trinta por cento) da produção total das AIH aprovadas.

§ 3º O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e da Fundação Nacional de Saúde, identificará os estabelecimentos assistenciais na rede do SUS que melhor se enquadram ao perfil de referência à atenção especializada para as comunidades indígenas.

§ 4º Para a identificação e recomendação dos estabelecimentos de que trata o § 3º, as unidades certificadas, conforme a Portaria nº 645/GM, de 27 de março de 2006, do Ministério da Saúde, que institui o Certificado do Hospital Amigo do Índio, serão priorizadas.

§ 5º Fica o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o respectivo gestor, responsável por pactuar a referência e a

contrarreferência para a atenção especializada, ambulatorial e hospitalar na rede de serviços contemplando as metas previstas na Programação Pactuada e Integrada - PPI.

Art. 367. Os incentivos objeto de que trata esta Seção serão repassados a Municípios e a Estados, mediante:

I - termo de pactuação em que constarão as responsabilidades e as atribuições da atenção à saúde dos povos indígenas firmado entre a FUNASA, a SAS, os Municípios ou os Estados, e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena o qual deverá ser apresentado e aprovado nos respectivos Conselhos de Saúde Municipais ou Estaduais e, posteriormente, ratificados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB com a participação de representantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI);

II - cadastramento e atualização periódica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES:

a) dos estabelecimentos de saúde habilitados ao recebimento do IAE-PI; e

b) das unidades básicas de saúde com as respectivas EMSI, conforme a Portaria nº 511/SAS, de 29 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde, e legislação regulamentar.

§ 1º Os atos de pactuação dar-se-ão no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI/Coordenação Regional - CORE/ FUNASA.

§ 2º O Termo de Pactuação deverá ser parte integrante do Termo de Compromisso de Gestão que formaliza o Pacto pela Saúde nas suas Dimensões pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, contendo os objetivos e as metas, as atribuições e as responsabilidades sanitárias dos gestores nos diferentes níveis e os indicadores de monitoramento e avaliação.

Art. 368. O Termo de Pactuação da Atenção Básica aos Povos Indígenas deverá conter:

I - a composição da equipe com a quantidade;

II - a formação dos profissionais;

III - a carga horária;

IV - o plano de trabalho; e

V - os indicadores e metas a ser alcançados, de acordo com o Plano Distrital e os indicadores da Atenção Básica do Pacto pela Saúde.

Art. 369. O Termo de Pactuação da Atenção Especializada aos Povos Indígenas deverá contemplar:

I - a relação da oferta dos serviços;

II - a população indígena potencialmente beneficiária;

III - as metas quali-quantitativas e os respectivos valores; e

IV - definição do fluxo de referência e contrarreferência e estratégias de acolhimento.

§ 1º Os estabelecimentos de saúde contratados ou conveniados com o SUS deverão assinar com o gestor estadual ou municipal o Termo de Compromisso do Prestador de Serviços, devendo este ser parte integrante do Termo de Pactuação da Atenção Especializada.

§ 2º Em se tratando de Município ou Estado habilitado a receber os dois incentivos, os termos de pactuação serão unificados.

Art. 370. Compete à Fundação Nacional de Saúde - FUNASA:

I - garantir o acesso e a integralidade do cuidado à saúde das comunidades indígenas;

II - estabelecer diretrizes para a organização e a operacionalização da atenção em saúde com base no quadro epidemiológico e nas necessidades de saúde das comunidades indígenas;

III - implementar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI por meio das Coordenações Regionais - CORE e do Departamento de Saúde Indígena - DESAI/FUNASA, visando ao fortalecimento da interação entre polo-base e a rede local de atenção à saúde;

IV - realizar o gerenciamento das ações de saúde no âmbito dos DSEIs;

V - garantir, em conjunto com a SAS, recursos financeiros para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde indígena;

VI - garantir recursos humanos em quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, utilizando como estratégia complementar a articulação com Municípios, Estados e organizações não-governamentais;

VII - realizar acompanhamento, supervisão, avaliação e controle das ações desenvolvidas no âmbito dos DSEIs, em conjunto com os demais gestores do SUS;

VIII - articular, junto aos Municípios, Estados e Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, os atos de pactuações das responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com a Secretaria de Atenção a Saúde - SAS;

IX - acompanhar e avaliar, em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, os instrumentos de que tratam os arts. 368 e 369 deste Regulamento;

X - encaminhar aos Conselhos de Saúde Indígena, para acompanhamento os Termos de Pactuação da Atenção Básica e Atenção Especializada aos Povos Indígenas firmados;

XI - promover as condições necessárias para os processos de capacitação, formação e educação permanente dos profissionais que atuam na Saúde Indígena, em articulação com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde SGTES/MS;

XII - pactuar, junto aos Estados e aos Municípios, no âmbito do Plano Distrital que compõe o Termo de Pactuação da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, o seguinte:

a) os insumos necessários à execução das ações de saúde de atenção à saúde dos povos indígenas;

b) os meios de transporte para o deslocamento da Equipe Multidisciplinar às comunidades e para a remoção de pacientes que necessitem de procedimentos médicos (e/ou exames) de maior complexidade, bem como para internação hospitalar na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena de acordo com as referências estabelecidas;

c) infraestrutura e equipamentos necessários para execução das ações de saúde nas comunidades;

XIII - articular, junto à CIB, o fluxo de referência de pacientes de comunidades indígenas aos serviços de média e alta complexidade do SUS;

XIV - articular, junto às Secretarias Estaduais de Saúde e à CIB, a criação de câmaras ou comissões técnicas de saúde indígena;

XV - realizar os investimentos necessários para dotar as aldeias de soluções adequadas de saneamento ambiental;

XVI - realizar e manter o cadastro nacional da população indígena atualizado por meio da implementação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena;

XVII - disponibilizar informações necessárias para o cadastramento e atualização do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde em conjunto com os gestores responsáveis;

XVIII - abastecer, quando for o caso, e garantir que os órgãos governamentais e não-governamentais que atuam na Atenção à Saúde dos Povos Indígenas alimentem os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor;

XIX - analisar o desempenho dos Municípios e dos Estados no cumprimento das pactuações previstas neste Regulamento; e

XX - apoiar e cooperar tecnicamente com Estados e Municípios.

Art. 371. Compete aos Estados:

I - prestar apoio técnico aos Municípios, às Coordenações Regionais da FUNASA e aos DSEIs;

II - atuar, de forma complementar, na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena, nos objetos dos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas e descritas no respectivo Plano Estadual de Saúde, definindo outras atribuições, caso necessário;

III - alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e dos estabelecimentos de saúde contemplados nos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas;

IV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação relativos à Atenção à Saúde Indígena enviados pelos Municípios, de acordo com fluxo e prazos estabelecidos para cada sistema;

V - organizar, em conjunto com os DSEI's e as Secretarias Municipais de Saúde, fluxos de referência de acordo com o Plano Diretor de Regionalização - PDR e a Programação Pactuada e Integrada, respeitando os limites financeiros estabelecidos;

VI - garantir e regular o acesso dos povos indígenas aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar conforme Programação Pactuada e Integrada;

VII - participar do Conselho Distrital de Saúde Indígena;

VIII - participar do acompanhamento e avaliação das ações de saúde dos povos indígenas, em conjunto com os DSEI's e as Secretarias Municipais de Saúde no território estadual; e

IX - encaminhar os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas para homologação na CIB.

Art. 372. Compete aos Municípios e ao Distrito Federal:

I - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena, nos objetos dos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas e descritas no respectivo Plano Municipal de Saúde;

II - alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, mantendo atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

III - assegurar a participação de representantes indígenas e dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena no Conselho Municipal de Saúde, em especial nos Municípios que firmarem os Termos de Pactuação para a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

IV - participar do Conselho Distrital de Saúde Indígena;

V - avaliar e acompanhar, em conjunto com os DSEI's e os Estados as ações e os serviços de saúde realizados, previstos neste Regulamento;

VI - participar da elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena;

VII - garantir a inserção das metas e ações de Atenção Básica, voltadas às comunidades indígenas no Plano Municipal de Saúde;

VIII - enviar à CIB os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas para avaliação e homologação; e

IX - definir, em conjunto com a FUNASA, o perfil dos profissionais que comporão as equipes multidisciplinares de saúde indígena, de acordo com os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas.

Art. 373. São atribuições da participação complementar para garantir a cobertura assistencial aos povos indígenas:

I - atuar, de forma complementar, enquanto as disponibilidades dos serviços públicos de saúde forem insuficientes, na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena e nos respectivos Planos de Trabalho;

II - alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, repassando ao respectivo gestor as informações; e

III - participar das reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena.

Art. 374. Compete à Secretaria de Atenção à Saúde SAS/MS:

I - organizar, em conjunto com a FUNASA, os Estados e os Municípios, a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no âmbito nacional;

II - adequar os sistemas de informações do SUS para a inclusão do registro da atenção à saúde indígena;

III - viabilizar aos Estados e Municípios de regiões onde vivem os povos indígenas atuar complementarmente no custeio e na execução das ações de atenção ao índio, individual ou coletivamente, promovendo as adaptações necessárias na estrutura e organização do SUS; e

IV - garantir que as populações indígenas tenham acesso às ações e serviços do SUS, em qualquer nível que se faça

necessário, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Parágrafo único. A recusa de quaisquer instituições, públicas ou privadas, ligadas ao SUS, em prestar assistência aos índios e às comunidades indígenas configura ato ilícito e é passível de punição pelos órgãos competentes.

Art. 375. Compete aos Conselhos Distritais e aos Conselhos Locais de Saúde Indígena:

I - participar do processo de formulação das necessidades e metas a ser objeto dos Termos de Pactuação expressas nos Planos Distritais de Saúde Indígena, em conjunto com o Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI; e

II - acompanhar as referidas pactuações no âmbito de abrangência de seu Conselho.

Art. 376. O monitoramento do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas e o Incentivo da Atenção Especializada aos Povos Indígenas dar-se-á por meio da verificação da utilização dos sistemas nacionais de informação a ser preenchidos e remetidos ao Ministério da Saúde pelos Municípios e Estados contemplados, conforme normas em vigor, a saber:

I - Informações no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e Profissionais Habilitados;

II - Sistema de Informação Ambulatorial - SIA;

III - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;

IV - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;

V- Sistema de Informações de Agravos sobre Notificação SINAN;

VI- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SIS-PNI;

VII - Informação de Produção dos Estabelecimentos de Saúde previstos nos termos de pactuação; e

VIII - Sistema de Informações Hospitalares - SIH, quando for o caso.

§ 1º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal que não alimentarem regularmente os Sistemas de Informação em Saúde

com o atendimento hospitalar e ambulatorial aos povos indígenas, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, terão o repasse dos incentivos suspenso.

§ 2º O repasse dos incentivos IAE-PI e IAB-PI será suspenso, caso seja detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Art. 377. Compete à Secretaria de Atenção a Saúde SAS/MS e à FUNASA, por meio do Departamento de Saúde Indígena - DESAI, o monitoramento da implantação e implementação da regulamentação de que trata este Regulamento, com a participação das instâncias de controle social.

Parágrafo único. Deverá ser criado, por ato específico do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho Tripartite para o desenvolvimento do trabalho de monitoramento de que trata este artigo.

Art. 378. Os acompanhamentos e a avaliação da aplicação dos recursos do IAB-PI e do IAE-PI dar-se-ão por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

Parágrafo único. Os Conselhos Municipais e os Estaduais de Saúde deverão fornecer aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, quando solicitado, cópia da documentação relativa à prestação de contas anual referente aos recursos do IAB-PI e do IAEPI.

Art. 379. As pactuações em vigor que não estiverem de acordo com a presente regulamentação, deverão ser repactuadas, observados os preceitos ora dispostos.

Art. 380. Os Estados e os Municípios farão jus aos recursos previstos nesta Seção e deverão adequar-se aos preceitos definidos até outubro de 2008.

Art. 381. A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS e a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA poderão estabelecer, isoladamente ou em conjunto, mediante ato específico, outras medidas necessárias à implementação deste Regulamento.

Art. 382. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas está disposta nos termos do Anexo LI a este Regulamento.

Art. 383. Os órgãos e entidades vinculados ao Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Subseção I

Da Saúde Mental da População Indígena

Art. 384. São diretrizes gerais da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas:

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 que visem à solução dos problemas da comunidade;

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 dessas comunidades;

III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção desse processo os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vêm acompanhando sistematicamente o impacto do contato dessas comunidades com as sociedades envolventes, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade dessas comunidades;

IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, Estado e Municípios);

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 realização coletiva de ações em seu território,

sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas;

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;

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

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.

Art. 385. Compete ao Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas:

I - elaborar e pactuar com as instâncias implicadas, em 45 (quarenta) dias, 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;

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

III - elaborar um sistema de monitoramento e avaliação das ações de atenção em saúde mental às populações indígenas, em sua implantação e implementação.

Art. 386. Integrará o Comitê, sob a coordenação do primeiro, e a coordenação adjunta do segundo:

I - um representante do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

II - um representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde Mental - DAPES/ SAS/MS;

III - um representante do Projeto VIGISUS - Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

IV - um representante do Departamento de Atenção Básica DAB/SAS/MS;

V - um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS;

VI - um representante do Conselho de Comunidades Indígenas das cinco regiões do País;

VII - um pesquisador convidado, de universidade brasileira;

VIII - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

IX - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; e

X - um representante da Fundação Nacional do Índio - FUNAI.

Seção VIII

Da Saúde da Pessoa com Deficiência

Art. 387. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência está aprovada nos termos do Anexo LII a este Regulamento.

Parágrafo único. A Política de que trata o caput deste artigo tem como objetivo a reabilitação da pessoa portadora de 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.

Art. 388. Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, deverão promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Subseção I

Da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva

Art. 389. A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva deverá ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 390. A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva deverá ser implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção aos pacientes, com assistência multiprofissional e interdisciplinar;

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a potencializar os resultados da protetização;

V - promover a ampla cobertura no atendimento aos pacientes portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva;

VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da reabilitação auditiva no Brasil;

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, da disseminação das informações e

uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas portadoras de deficiência auditiva;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

IX - qualificar a assistência e promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção à Saúde Auditiva, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 391. A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva deverá ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva, da prevenção e da identificação precoce dos problemas auditivos, bem como ações informativas, educativas e de orientação familiar;

II - média complexidade: realizar triagem e monitoramento da audição, da atenção diagnóstica e da terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contrarreferência do paciente portador de deficiência auditiva, excluindo o diagnóstico e a protetização de crianças até três anos de idade, pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) e perdas auditivas unilaterais, ações para cujo desempenho neste nível de atenção será criado o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade; e

III - alta complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contrarreferência do paciente portador de deficiência auditiva, ações para cujo desempenho neste nível de atenção será criado o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade.

§ 1º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados 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.

§ 2º O Plano de Prevenção, Tratamento e Reabilitação Auditiva deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos Diretores de Regionalização dos Estados e do Distrito Federal.

§ 3º A regulamentação suplementar e complementar deste Regulamento ficará a cargo dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência auditiva.

§ 4º A regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência auditiva serão de competência das três esferas de governo.

§ 5º Inclusão de dados que viabilizem a produção de informações nos sistemas de informação existentes que possam oferecer ao gestor subsídios para o planejamento, a regulação, o controle e a avaliação e promover a disseminação da informação.

§ 6º Os componentes do caput deste artigo deverão ser regulados por protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação.

§ 7º A capacitação e a educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverá ser realizada de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde.

§ 8º Deverá ser garantido o acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica disponibilizados pelo SUS.

Art. 392. Dever-se-á criar uma Câmara Técnica subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e a implementação da política instituída por este Regulamento.

Art. 393. A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, deverá adotar todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.

Seção IX Da Saúde Mental Subseção I Da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

Art. 394. A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica deverá ser implantada em todas as unidades

federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 395. A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica deverá ser organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados integrais - promoção, prevenção, tratamento e recuperação - que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam às doenças neurológicas e ao desenvolvimento de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

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;

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;

VI - ampliar e qualificar a cobertura dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas dos acidentes vasculares cerebrais no Brasil;

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao 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;

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;

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;

e 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.

Art. 396. A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica deverá ser implementada a partir dos seguintes componentes fundamentais:

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;

II - media complexidade, que consiste em realizar ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contrarreferência 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;

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 sobrevivência, 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 Neurocirurgia;

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;

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;

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;

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;

VIII - diretrizes de conduta, em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação;

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; e

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos excepcionais, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS.

Art. 397. Dever-se-á criar 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.

Art. 398. A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outros órgãos e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, deverá adotar todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica.

Subseção II

Da Assistência Hospitalar em Psiquiatria

Art. 399. As diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde SUS estão previstas nos termos do Anexo LIII a este Regulamento.

Art. 400. Dever-se-á respeitar a classificação para os hospitais psiquiátricos integrantes da rede do SUS, apurada pelos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria e o número de leitos do hospital, constante do atual cadastro do Ministério da Saúde.

Art. 401. Os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do PNASH/Psiquiatria pelos Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental das Secretarias (Subseção IV desta Seção), podendo contar com outros profissionais convocados por decisão do gestor local.

Art. 402. A classificação como hospital psiquiátrico integrante do SUS ocorrerá após o resultado da avaliação realizada, em consonância com o art. 401 deste Regulamento, para a reavaliação dos hospitais que obtiverem pontuação de 40%(quarenta por cento) a 60% (sessenta por cento) do PNASH, para verificação da adequação ao índice mínimo de 61% (sessenta e um por cento).

Parágrafo único. Os hospitais que obtiverem índice inferior a 40% (quarenta por cento) do PNASH, assim como os hospitais que não alcançarem o índice mínimo de 61% (sessenta e um por cento) do PNASH, após o processo de reavaliação, não serão classificados conforme o estabelecido neste Regulamento.

Art. 403. Após a reavaliação de que trata o art. 402 deste Regulamento, o gestor local deverá adotar as providências necessárias para a suspensão de novas internações e a substituição planejada do atendimento aos pacientes dos hospitais que não obtiveram pontuação suficiente para a sua classificação.

Parágrafo único. O gestor local, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde, elaborará um projeto técnico para a substituição do atendimento aos pacientes dos hospitais não classificados, preferencialmente em serviços extra-hospitalares, determinando o seu descredenciamento do Sistema.

Art. 404. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá promover a atualização dos procedimentos de atendimento em psiquiatria, de acordo com a classificação definida neste Regulamento, em substituição ao estabelecido na Portaria GM/MS Nº 469, de 3 de abril de 2001, do Ministério da Saúde.

Art. 405. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá incluir na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH-SUS, procedimento específico para o processamento das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH dos hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH/Psiquiatria, até a transferência de todos os pacientes para outras unidades hospitalares ou serviços extra-hospitalares, definidas pelo gestor local do SUS.

Art. 406. É atribuição intransferível do gestor local do Sistema Único de Saúde estabelecer o limite das internações em psiquiatria e o controle da porta de entrada das internações hospitalares, estabelecendo instrumentos e mecanismos específicos e resolutivos de atendimento nas situações de urgência/emergência, preferencialmente em serviços extra-hospitalares ou na rede hospitalar não especializada.

§ 1º Para a organização da porta de entrada, devem ser seguidas as recomendações contidas no Manual do Gestor para Atendimento Territorial em Saúde Mental, instituído pela Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento.

§ 2º O número mensal de internações e o limite de internações para cada Município ou região, estimadas de acordo com as metas estabelecidas, deverão constar do Plano Diretor de Regionalização - PDR, definido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento.

Subseção III

Das Internações Psiquiátricas

Art. 407. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, instituídos no âmbito do Sistema Único de Saúde, para atendimento ao portador de transtornos mentais, obedecerão ao disposto neste Regulamento.

Parágrafo único. Entendem-se como Serviços Residenciais Terapêuticos moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos

mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.

Art. 408. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do Estado ou do Município, que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 409. Aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe:

I - garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;

II - atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; e

III - promover a reinserção dessa clientela à vida comunitária.

Art. 410. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

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

II - ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; e

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

Art. 411. Para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS, será exigido dos estabelecimentos, nos quais serão prestados os serviços, que:

I - deverão ser exclusivamente de natureza pública;

II - poderão, a critério do gestor local, ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo, para isso, ter projetos terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental;

III - deverão estar integrados à rede de serviços do SUS municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a esses usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;

IV - deverão, sob gestão preferencial do nível local, ser vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo;

V - a critério do gestor municipal/estadual de saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos, poderão funcionar em parceria com organizações não-governamentais - ONGs de saúde ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Art. 412. São características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:

I - apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;

II - existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:

a) dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 8 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 3 (três) por dormitório;

b) sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;

c) dormitórios devidamente equipados com cama e armário;

d) copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários etc.); e

e) garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Art. 413. Os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, devem possuir equipe técnica, que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

I - 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde com formação, especialidade ou experiência na área de saúde mental; e

II - 2 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial.

Art. 414. Cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos usuários dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 415. Para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, deverão ser priorizados os Municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública.

Art. 416. Para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e efetuada a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite.

Art. 417. As Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde - Área Técnica da Saúde Mental, deverão encaminhar a relação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cadastrados no Estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados, acompanhado das

Fichas de Cadastro Ambulatorial - FCA e da atualização da Ficha de Cadastro Hospitalar - FCH com a redução do número de leitos psiquiátricos, conforme o art. 408 deste Regulamento.

Art. 418. As Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 419. A Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria Executiva deverão regulamentar os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 420. Cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, com o Ministério Público e organizações não-governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como:

I - desinterdição jurídica e social; e

II - bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Art. 421. Os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, deverão observar o disposto neste Regulamento para efetuarem as internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, conforme o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 422. A internação psiquiátrica deverá ocorrer somente após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e após esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.

Art. 423. Ficam caracterizadas quatro modalidades de internação:

I - Internação Psiquiátrica Involuntária - IPI;

II - Internação Psiquiátrica Voluntária - IPV,

III - Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária - IPVI; e

IV - Internação Psiquiátrica Compulsória - IPC.

§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente.

§ 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente.

§ 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação.

§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação.

Art. 424. As internações involuntárias, referidas no § 2º do art. 423 deste Regulamento, deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias:

I - ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer; e

II - à Comissão referida art. 430 deste Regulamento.

Art. 425. A Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, às instâncias referidas no artigo anterior, observado o sigilo das informações, em formulário próprio - Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, constante do Anexo LIV a este Regulamento - que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação.

Parágrafo único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, que deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações:

I - identificação do estabelecimento de saúde;

II - identificação do médico que autorizou a internação;

III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;

IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária;

V - motivo e justificativa da internação;

VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;

VII - CID;

VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social, Instituto Nacional do Seguro Social - INSS;

IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não;

X - informações sobre o contexto familiar do usuário; e

XI - previsão estimada do tempo de internação.

Art. 426. Ao Ministério Público caberá o registro da notificação das Internações Psiquiátricas Involuntárias - IPI, bem como das voluntárias que se tornam involuntárias - IPVI -, para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente.

Art. 427. Se no decurso de uma internação voluntária o paciente exprimir discordância quanto à sua internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a caracterizar-se uma internação involuntária, o estabelecimento de saúde deverá enviar ao Ministério Público o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, até 72 (setenta e duas) horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente.

Art. 428. Caberá à instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar, conforme modelo de formulário constante do Anexo LIV, do qual deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações:

I - numeração da IPI;

II - data;

III - condições da alta; e

IV - encaminhamento do paciente.

Art. 429. Nas internações voluntárias, deverá ser solicitado ao paciente que firme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, modelo do Anexo LIV, que ficará sob a guarda do estabelecimento.

Art. 430. O gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de 72 (setenta e duas) horas após o recebimento da comunicação pertinente.

§ 1º A Comissão de que trata o caput deste artigo deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer à internação, além de representante do Ministério Público Estadual, devendo dela também participar representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares.

§ 2º Se necessário, poderão ser constituídas Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias, em âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de Municípios de grande porte.

Art. 431. O Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito.

Art. 432. A Comissão Revisora efetuará, até o sétimo dia da internação, a revisão de cada internação psiquiátrica involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 433. O Diretor do estabelecimento enviará mensalmente ao gestor estadual do SUS listagem contendo o nome do paciente internado e o número da notificação da Internação Psiquiátrica Involuntária -IPI- e da Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária - IPVI, ressalvados os cuidados de sigilo.

Subseção IV Das Ações Assistenciais em Saúde Mental

Art. 434. O Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Parágrafo único. O Programa de que trata este artigo deverá contemplar as seguintes atividades:

I - avaliação da assistência à saúde mental no País, dentro do contexto de sistema global de atenção, promoção e recuperação da saúde mental;

II - supervisão e avaliação, in loco, dos hospitais psiquiátricos que compõem a rede assistencial do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a adoção de medidas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção à saúde mental instituído no País;

III - análise, avaliação e proposição de alternativas assistenciais na área de saúde mental; e

IV - elaboração e proposição de protocolos de regulação e de mecanismos de implementação de módulo de regulação da assistência à saúde mental que venha a compor as Centrais de Regulação, com o objetivo de regular, ordenar e orientar essa assistência e com o princípio fundamental de incrementar a capacidade do poder público de gerir o sistema de saúde e de responder, de forma qualificada e integrada, às demandas de saúde de toda a população.

Art. 435. Compete à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS a estruturação de Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental e a designação dos membros que dele farão parte.

§ 1º A convite do Ministério da Saúde, a Comissão de Direitos Humanos, da Câmara dos Deputados, indicará um dos seus componentes para acompanhar os trabalhos do Grupo Técnico de que trata o caput deste artigo.

§ 2º O Grupo Técnico terá as seguintes atribuições e competências:

I - coordenar a implementação do Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;

II - coordenar e articular as ações que serão desenvolvidas pelos Grupos Técnicos designados, com a mesma finalidade, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal;

III - promover a capacitação dos profissionais que desenvolverão as atividades inerentes ao Programa instituído, especialmente daqueles integrantes dos Grupos Técnicos estaduais e municipais; e

IV - emitir relatórios técnicos contendo as análises, as avaliações e os acompanhamentos realizados e propondo medidas corretivas e de aperfeiçoamento do sistema de assistência em saúde mental.

Art. 436. As atividades dos Grupos Técnicos, tanto da Secretaria de Atenção à Saúde quanto dos Estados e dos Municípios, não substituem as ações e competências de supervisão, controle, avaliação e auditoria dos gestores do Sistema Único de Saúde - federal, estaduais e municipais.

Art. 437. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão estruturar, nos respectivos âmbitos de atuação, Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental e deverão designar os membros que dele farão parte.

§ 1º Os Grupos Técnicos deverão ser compostos, no mínimo, pelos seguintes técnicos:

I - nos Estados e no Distrito Federal:

- a) - 1 (um) representante da equipe da saúde mental;
- b) - 1 (um) representante da equipe de vigilância sanitária; e
- c) - 1 (um) representante da equipe de controle e avaliação.

II - nos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal:

- a) - 2 (dois) representantes da equipe da saúde mental (1 do Estado e 1 do Município);
- b) - 2 (dois) representantes da equipe de vigilância sanitária (1 do Estado e 1 do Município); e
- c) - 1 (um) representante da equipe de controle e avaliação.

§ 2º Os Grupos Técnicos terão as seguintes atribuições e competências:

I - realizar, nos respectivos âmbitos de atuação e sob a coordenação do Grupo Técnico estruturado pela Secretaria de Atenção à Saúde, as atividades inerentes ao Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;

II- no caso dos Grupos Técnicos de Estados, articular as ações que serão desenvolvidas pelos Grupos Técnicos designados, com a mesma finalidade, pelos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal; e

III- emitir relatórios técnicos contendo as análises, as avaliações e os acompanhamentos realizados e propondo medidas corretivas e de aperfeiçoamento do respectivo sistema de assistência em saúde mental.

Art. 438. A constatação de irregularidades ou do não-cumprimento das normas vigentes implicará, de conformidade com o caso apresentado, instauração de auditoria pelo Ministério da Saúde e oferecimento de denúncia ao Ministério Público.

Art. 439. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as medidas necessárias ao pleno cumprimento do disposto neste Regulamento.

Subseção V Dos Portadores de Doença de Alzheimer

Art. 440. O Programa de Assistência aos Portadores da doença de Alzheimer, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Art. 441. O Programa de Assistência aos Portadores da doença de Alzheimer será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em cooperação com as respectivas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e seus Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Parágrafo único. Os Centros de Referência integrantes da Rede mencionada no caput deste artigo são os responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores e o que mais for necessário à adequada atenção aos pacientes portadores da doença de Alzheimer.

Art. 442. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá estabelecer o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da demência por doença de Alzheimer, incluindo os medicamentos

utilizados nesse tratamento no rol dos Medicamentos Excepcionais e deverá adotar as demais medidas que forem necessárias ao fiel cumprimento do disposto neste Regulamento.

Subseção VI

Dos Portadores de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas

Art. 443. O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, instituído no âmbito do SUS, será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 444. O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas terá como seus principais componentes:

I - Atenção Básica;

II - atenção nos Centros de Atenção Psicossocial para Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas - CAPSad, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas;

III - atenção hospitalar de referência; e

IV - rede de suporte social, como associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil, complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.

Art. 445. O componente da Atenção Básica, de que trata o inciso I do art. 444 deste Regulamento, refere-se à atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas em unidades de Atenção Básica, ambulatórios não-especializados, Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros dispositivos de cuidados possíveis, no âmbito da Atenção Básica, e deve ter como principais características:

I - atuação articulada ao restante da rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, bem como à rede de cuidados em saúde mental, devendo ainda ser implicada a rede de cuidados em DST/AIDS;

II - atuação e inserção comunitárias, em maior nível de capilaridade para ações como detecção precoce de casos de uso nocivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, de forma articulada a práticas terapêuticas/preventivas/educativas, tais como aconselhamento breve e intervenções breves voltadas para a redução ou o cessar do consumo, contemplando ainda o

encaminhamento precoce para intervenções mais especializadas, ou para a abordagem de complicações clínicas e/ou psiquiátricas decorrentes de tal consumo; e

III - adoção da lógica de redução de danos, que é estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por essas unidades.

Art. 446. O componente da atenção nos CAPSad, ambulatórios e outras unidades especializadas, objeto do inciso II do art. 444 deste Regulamento, obedece a uma lógica de oferta de cuidados baseados na atenção integral, devendo ter como principais características:

I - oferta aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, de acolhimento, atenção integral (práticas terapêuticas/preventivas/ de promoção de saúde/educativas/de reabilitação psicossocial) e estímulo à sua integração social e familiar;

II - inserção comunitária de práticas e serviços, os quais devem atender a uma população referida a um território específico;

III - funcionamento, especialmente para os CAPSad, segundo normas expressas nos arts. 454 a 464 deste Regulamento e pelas Portarias nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, nº 189/SAS, de 20 de março de 2002, e nº 305/SAS, de 3 de maio de 2002, do Ministério da Saúde;

IV - articulação de todas essas unidades com o restante da rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, bem como à rede de cuidados em saúde mental, devendo ainda ser considerada a rede de cuidados em DST/AIDS; e

V - adoção da lógica de redução de danos, como estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por essas unidades.

§ 1º As outras unidades ambulatoriais mencionadas devem trabalhar seguindo orientação específica, porém, dentro de sistemática similar à utilizada para os CAPSad, quanto à proposta de atenção integral a usuários e familiares, à inserção comunitária e à lógica territorial desses serviços.

§ 2º A criação do Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad não exclui a obrigatoriedade da existência de leitos para desintoxicação e repouso, conforme previsto pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde.

Art. 447. O componente de atenção hospitalar de referência, previsto no inciso III do art. 444 deste Regulamento, compreende a instalação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad em Hospitais Gerais e têm como objetivos:

I - compor rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, participando do sistema de organização e regulação das demandas e fluxos assistenciais, em área geográfica definida, respeitando as atribuições e competências das instâncias do SUS para a sua implantação e gerenciamento;

II - compor, na rede assistencial e em sua estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência, a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas;

III - atuar respeitando as premissas do SUS e a lógica territorial, salvo em casos de ausência de recursos assistenciais similares, onde a clientela atendida poderá ultrapassar os limites territoriais previstos para a abrangência do serviço;

IV - dar suporte à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/emergência que sejam decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas, advindas da rede dos Centros de Atenção Psicossocial para a Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas - CAPSad, da rede básica de cuidados em saúde

Programa Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde - e de serviços ambulatoriais especializados e não-especializados;

V - oferecer suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais para as quais os recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido a devida resolutividade, ou ainda em casos de necessidade imediata de intervenção em ambiente hospitalar, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima e curta permanência;

VI - oferecer, nas situações descritas nos incisos III e IV do art. 444 deste Regulamento, abordagem, suporte e encaminhamento adequado aos usuários que, mediante avaliação geral, evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica; e

VII - evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos.

Art. 448. O componente da rede de suporte social, previsto no inciso II do art. 444 deste Regulamento, inclui dispositivos comunitários de acolhida e cuidados, que devem ter as seguintes características:

I - articulação à rede de cuidados do SUS, não sendo, porém, componentes dessa rede, mas instância complementar, como, por exemplo, os grupos de mútua ajuda, entidades congregadoras de usuários, associações comunitárias e demais entidades da sociedade civil organizada;

II - configuração da estrutura complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS; e

III - respeito às determinações da Lei nº 10.216, de 2001, no tocante às unidades não componentes da rede do SUS que trabalham com a permanência de pacientes em regime fechado.

Art. 449. Os objetivos descritos no art. 447 deste Regulamento são direcionados prioritariamente a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool, em face da magnitude epidemiológica de seu uso e de suas consequências, porém, contemplando igualmente o conjunto de usuários de álcool e outras drogas que apresente a maior demanda por cuidados, no território de abrangência de cada serviço.

Parágrafo único. O componente hospitalar do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas obedece às determinações da Lei nº 10.216, de 2001, que são relativas à internação hospitalar, considerando em sua lógica de funcionamento somente internações hospitalares que demandem por curta permanência dos usuários em suas unidades de referência.

Art. 450. Os seguintes procedimentos específicos para a atenção hospitalar aos usuários de álcool e outras drogas realizados em Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad previamente habilitados, estão inseridos na tabela de procedimentos do SIH-SUS:

I - tratamento de intoxicação aguda, em Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHRad, com o tempo de permanência de 24 (vinte e quatro) a 48 (quarenta e oito) horas;

II - tratamento da síndrome de abstinência do álcool, em Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de

Álcool e outras Drogas - SHRad, com o tempo de permanência de 3 (três) a 7 (sete) dias; e

III - tratamento de dependência do álcool, com a presença de intoxicação aguda com evolução para a instalação de síndrome de abstinência grave, ou ainda outros quadros de síndrome de abstinência seguidos por complicações clínicas, neurológicas e psiquiátricas, em Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHRad, com o tempo de permanência de 3 (três) a 15 (quinze) dias.

Parágrafo único. Ficam mantidos os procedimentos já contemplados na tabela SIH-SUS, relativos à atenção hospitalar a usuários de álcool e outras drogas.

Art. 451. Em razão da existência de diferentes níveis de organização para as redes assistenciais locais e da variação da incidência e da gravidade dos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como primeira etapa do programa, deverão ser habilitados os Serviços Hospitalares de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SRH-ad, de acordo com as prioridades abaixo estabelecidas:

I - regiões metropolitanas;

II - Municípios acima de 200.000 (duzentos mil) habitantes;

III - Municípios que já possuam CAPSad em funcionamento; e

IV - Municípios onde já esteja implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU - 192.

Parágrafo único. Deverão, também, ser consideradas outras necessidades de ordem epidemiológica e estratégica para a consolidação da rede assistencial aos usuários de álcool e outras drogas.

Art. 452. Os recursos orçamentários relativos às ações relativas ao Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - Apoio a Serviços Extra-Hospitalares para Transtornos de Saúde Mental e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas

10.846.1312.0844;

II - Atenção à Saúde dos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena/Avançada - 10.846.1312.0844; e

III - Atenção à Saúde dos Municípios Não-Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Não-Habilitados em Gestão Plena/Avançada - 10.846.1220.0907.

Art. 453. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as providências necessárias ao cumprimento e à regulamentação referente ao Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, no que se refere aos procedimentos a ser realizados pelos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad, aos critérios para habilitação e às normas de funcionamento.

Art. 454. O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, instituído no âmbito do Ministério da Saúde, será desenvolvido de forma articulada por este Ministério e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, tendo por objetivos:

I - articulação das ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas;

II - organização e implantação da rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicossocial;

III - aperfeiçoamento das intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas;

IV - realização de ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual e em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros;

V - organização e regulação das demandas e dos fluxos assistenciais; e

VI - promoção, em articulação com instituições formadoras, da capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, dos serviços e dos programas de saúde mental locais.

Art. 455. As competências e atribuições relativas à implantação e gestão do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas de cada nível de gestão do SUS estão definidas na forma do Anexo LV a este Regulamento, nas respectivas condições de gestão e na divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/2002, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento.

Art. 456. Em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos Estados e no Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País e da variação da incidência dos transtornos causados pelo uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, deverão ser implantados no País Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Art. 457. Os procedimentos realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e pelos Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos serviços que vierem a ser criados e cadastrados em conformidade com o estabelecido neste Regulamento, serão remunerados através do Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo APAC/SIA, conforme o estabelecido nas Portarias GM/MS nº 366, de 19 de fevereiro de 2002, e SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002, do Ministério da Saúde.

Art. 458. Os Municípios e os Estados que implantarem novos serviços ou realizarem a adequação dos já existentes deverão receber um incentivo adicional de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais).

Parágrafo único. O incentivo de que trata o caput deste artigo será transferido aos Municípios após avaliação e inclusão das respectivas unidades no Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, pela Assessoria Técnica da Secretaria de Atenção à Saúde - ASTEC/SAS/MS.

Art. 459. O Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos da rede SUS para os Serviços de Atenção aos Pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e outras Drogas será regulamentado em ato específico da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS.

Art. 460. Os recursos orçamentários de que trata o art. 459 deste Regulamento correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

I - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em Regime de Gestão Plena do SUS - 10.302.0023.4306; e

II - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no SUS - 10.302.0023.4307.

Art. 461. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Subseção, referente ao Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, procedendo à sua respectiva regulamentação.

Art. 462. As Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e outras Drogas estão dispostas no Anexo LVI a este Regulamento.

Parágrafo único. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde deverão adotar as medidas necessárias à organização, habilitação e cadastramento dos Centros de que trata o caput deste artigo nos respectivos âmbitos de atuação.

Art. 463. Os Centros de Referência designados nos Estados serão responsáveis, junto aos gestores estaduais e sob a coordenação de Grupo de Trabalho constituído pela Secretaria de Atenção à Saúde, pela implementação da primeira etapa do Programa Permanente de Capacitação para a Rede de CAPSad, na forma descrita no Anexo LVII a este Regulamento.

Art. 464. Os gestores estaduais deverão efetivar o cadastramento e/ou recadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial para Atenção a Pacientes com Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas - CAPSad na forma deste Regulamento.

Seção X

Da Saúde no Sistema Penitenciário

Art. 465. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo LVIII a este Regulamento, destina-se a prover a atenção integral à saúde da população prisional

confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

Parágrafo único. As ações e serviços decorrentes do Plano de que trata o caput deste artigo terão por finalidade promover a saúde da população prisional e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que a acometem.

Art. 466. São prioridades para implementação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário:

I - a reforma e o equipamento das unidades prisionais visando à estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, mínimo da assistência no nível da média complexidade, conforme a NOAS/MS em seu Anexo III

Grupo 7, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento, e componentes das urgências e emergências em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional;

II - a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;

III - a implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais;

IV - a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza, tétano;

V - a implantação de ações para a prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas;

VI - a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, por meio das referências, que deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação na Comissão Intergestores Bipartite

CIB.

Art. 467. As Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça deverão formular o Plano Operativo Estadual, na forma do Anexo LIX a

este Regulamento, e apresentá-lo ao Conselho Estadual de Saúde correspondente e à Comissão Intergestores Bipartite definindo metas e formas de gestão do referido Plano, bem como a gestão e a gerência das ações e serviços.

§ 1º A gestão e a gerência das ações e serviços de saúde de que trata o caput deste artigo serão pactuadas no âmbito de cada unidade federada, por meio da Comissão Intergestores Bipartite e entre gestores estaduais de saúde e justiça e gestores municipais de saúde.

§ 2º Quando as Secretarias Municipais de Saúde assumirem a gestão e/ou a gerência das ações e serviços de saúde, deverá constar do Plano Operativo Estadual a aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

§ 3º O processo de credenciamento dos estabelecimentos de saúde das unidades prisionais e dos profissionais, por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde constante do Plano Operativo Estadual, deverá ser realizado pela Secretaria Estadual de Saúde, conforme orientações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

§ 4º Para o desenvolvimento do respectivo Plano, as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça poderão estabelecer pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde.

Art. 468. Para a implementação das ações contidas no Plano Nacional, o Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça e as Secretarias Municipais de Saúde poderão estabelecer parcerias, acordos, convênios ou outros mecanismos similares com organizações não-governamentais, regularmente constituídas, que detenham experiência de atuação no Sistema Penitenciário.

Art. 469. O financiamento das ações de saúde, no âmbito do Sistema Penitenciário, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça e das esferas de governo.

Art. 470. Fica criado o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% (setenta por cento) do recurso e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% (trinta por cento).

§ 1º Em unidades prisionais com o número acima de 100 (cem) pessoas presas, serão implantadas equipes de saúde, considerando uma equipe para até 500 (quinhentos) presos, com

incentivo anual correspondente a R\$ 40.008,00 (quarenta mil e oito reais) por equipe de saúde implantada.

§ 2º Em unidades prisionais com o número de até 100 (cem) pessoas presas, as ações e serviços de saúde serão realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, à qual será repassado Incentivo, no valor de R\$ 20.004,00 (vinte mil e quatro reais) por ano por estabelecimento prisional.

§ 3º O Incentivo de que trata o § 2º deste artigo financiará:

I - as ações de promoção da saúde;

II - as ações de atenção no nível básico relativos a:

a) saúde bucal;

b) saúde da mulher;

c) doenças sexualmente transmissíveis e AIDS;

d) saúde mental;

e) hepatites;

f) tuberculose;

g) hipertensão;

h) diabetes;

i) hanseníase;

j) assistência farmacêutica básica;

l) imunizações; e

m) coleta de exames laboratoriais.

§ 4º Os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional - FUNPEN do Ministério da Justiça, de que trata este artigo, serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas à sua transferência aos Estados e/ou aos Municípios.

§ 5º Os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça poderão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde, dependendo da pactuação

no âmbito de cada unidade federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde.

§ 6º A não-alimentação dos Sistemas de Informações, conforme orientações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados durante o ano, acarretará a suspensão do repasse do Incentivo.

Art. 471. O Ministério da Justiça alocará recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Art. 472. As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça participarão do financiamento do Plano Nacional, fixando suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de Atenção Básica, promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como aquelas relacionadas às condições de infraestrutura e funcionamento dos presídios, a composição e o pagamento das equipes de saúde e a referência para a média e a alta complexidade, conforme o Limite Financeiro de Assistência do Estado.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde participarão do financiamento do Plano Nacional, definindo suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de Atenção Básica, promoção, prevenção e assistência à saúde.

Art. 473. A Atenção Básica de Saúde, a ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima, integrada por:

I - médico;

II - enfermeiro;

III - odontólogo;

IV - assistente social;

V - psicólogo;

VI - auxiliar de enfermagem; e

V - auxiliar de consultório dentário.

§ 1º Os profissionais da equipe de que trata o caput deste artigo terão uma carga horária de 20 (vinte) horas semanais, tendo em conta as características deste atendimento.

§ 2º Cada equipe de saúde será responsável por até 500 (quinhentos) presos.

§ 3º Nos estabelecimentos prisionais com até 100 (cem) pessoas, o atendimento será realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a composição de equipe de que trata o caput deste artigo, e com carga horária mínima de 4 (quatro) horas semanais.

§ 4º Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico serão beneficiados pelas ações previstas neste Regulamento e, em razão de sua especificidade, serão objeto de norma própria.

§ 5º O Ministério da Saúde garantirá, a cada equipe implantada, o fornecimento regular de kit de medicamentos básicos.

Art. 474. Nos estabelecimentos de saúde em unidades prisionais classificadas como presídios, penitenciárias ou colônias penais, as pessoas presas poderão ser selecionadas para trabalhar como agentes promotores de saúde.

§ 1º A decisão de trabalhar com agentes promotores de saúde deverá ser pactuada entre a direção do estabelecimento prisional e a(s) equipe(s) de saúde.

§ 2º Os agentes promotores de saúde, recrutados entre as pessoas presas, atuarão sob a supervisão da equipe de saúde.

§ 3º Será proposta ao Juízo da Execução Penal a concessão do benefício da remição de pena para as pessoas presas designadas como agentes promotores de saúde.

Art. 475. O acompanhamento das ações voltadas à atenção integral das pessoas presas será realizado, em âmbito nacional, por Comissão de Acompanhamento, formalmente indicada e integrada por representantes:

I - do Ministério da Saúde:

- a) Secretaria de Atenção à Saúde;
- b) Secretaria-Executiva;
- c) Fundação Nacional de Saúde;

d) Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

II - do Ministério da Justiça a) Secretaria Nacional de Justiça;

b) Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária;

III - do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

IV - do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; e

V - do Fórum Nacional dos Secretários Estaduais de Justiça.

§ 1º Caberá à Comissão de que trata o caput deste artigo apoiar os Ministérios da Saúde e da Justiça no cumprimento de suas responsabilidades, relativas à atenção integral das pessoas presas.

§ 2º Os instrumentos essenciais de trabalho da Comissão serão:

I - o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; e

II - os Planos Operativos Estaduais.

§ 3º A Comissão reunir-se-á periodicamente, em intervalos compatíveis ao acompanhamento, sobretudo, da operacionalização dos Planos Operativos, avaliando a tendência do cumprimento dos compromissos assumidos, podendo propor aos Ministérios da Saúde e da Justiça e às Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça e às Secretarias Municipais de Saúde as modificações que eventualmente forem necessárias.

Art. 476. O Termo de Adesão ao Plano Nacional, a ser formalizado pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, está aprovado nos termos do Anexo LX a este Regulamento.

Art. 477. A Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria

Executiva, do Ministério da Saúde, deverão adotar, ouvido o Ministério da Justiça, as providências complementares necessárias à operacionalização do Plano aprovado.

Seção XI Dos Transplantes Art. 478. A utilização de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para fins científicos será permitida somente depois de esgotadas as possibilidades de sua utilização em transplantes.

Art. 479. As atividades de transplantes estão disciplinadas no Regulamento Técnico, disposto no Anexo LXI a este Regulamento.

Art. 480. Todas as entidades, públicas ou privadas, interessadas na realização de transplantes ou enxertos de partes, órgãos ou tecidos, para finalidades terapêuticas, deverão observar o disposto no Anexo LXI a este Regulamento.

Parágrafo único. Os procedimentos relacionados com os transplantes em estágio de avaliação tecnológica, quando vencida a fase experimental, só poderão ser praticados após a sua inclusão no Anexo LXI a este Regulamento.

Art. 481. O Secretário de Atenção à Saúde poderá designar titular de cargo em comissão para responder pela coordenação do órgão central do Sistema Nacional de Transplantes, a quem delegará as atribuições previstas nos incisos I a IX do artigo 4º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

Art. 482. A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO de Santa Catarina, as equipes especializadas e os estabelecimentos de saúde deverão se adequar ao disposto no Anexo LXI a este Regulamento para revalidação dos credenciamentos e das autorizações.

Subseção I

Da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

Art. 483. A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO está subordinada à coordenação do órgão central do Sistema Nacional de Transplantes, sendo sua auxiliar no desenvolvimento das seguintes atividades e atribuições:

I - gerenciamento da lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes compatíveis com suas condições orgânicas;

II - implantação e gerenciamento do sistema nacional de informações em transplantes - listas de espera, captação e distribuição de órgãos, realização de transplantes e seus resultados;

III - articulação com as Centrais Estaduais/Regionais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e com os demais integrantes do Sistema Nacional de Transplantes;

IV - articulação da distribuição de órgãos entre Estados, quando for o caso, fazendo-o em conformidade com a lista nacional de receptores, com as condições técnicas de transporte e distribuição e dos demais critérios estabelecidos na legislação em vigor, de forma a garantir o melhor aproveitamento dos órgãos disponíveis e a equidade na sua destinação; e

V - auxílio às CNCDO na articulação dos meios que viabilizem o transporte dos órgãos captados quando se tratar de distribuição entre Estados.

Parágrafo único. A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos deverá funcionar, ininterruptamente, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia.

Art. 484. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá estabelecer as normas de funcionamento e critérios técnicos a ser utilizados pela Central Nacional de que trata o art. 483 deste Regulamento e articular, com as correspondentes unidades do Ministério da Saúde, os meios necessários à sua operacionalização e funcionamento.

Subseção II

Do Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos

Art. 485. O Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos tem como objetivo a coleta de manifestação favorável à doação, post mortem, de órgãos e/ou tecidos para fins de transplantes, de todos os cidadãos que, voluntariamente, a queiram fazer, de forma a consolidar, em nível nacional, um banco de dados que contenha a lista de todos os potenciais doadores de órgãos e/ou tecidos do País.

§ 1º O Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos será gerenciado pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Ministério da Saúde, com a parceria das Secretarias Estaduais de Saúde e das Centrais Estaduais e Regionais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, que estabelecerão, em seus respectivos âmbitos de atuação, os mecanismos necessários à obtenção da manifestação dos potenciais doadores.

§ 2º A manifestação de vontade favorável à doação de órgãos e/ou tecidos poderá ser realizada, em vida, por qualquer pessoa juridicamente capaz, junto ao Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos, conforme o estabelecido neste Regulamento.

§ 3º A manifestação de vontade a que se refere o § 2º poderá ser retirada, a qualquer tempo, mediante solicitação ao Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos.

Art. 486. Todos os cidadãos que se inscreverem no Registro Nacional de Doadores de Órgãos farão jus ao recebimento de um Cartão de Identificação de Doador de Órgãos e Tecidos, cujo modelo será definido pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O Cartão de Identificação de que trata o caput deste artigo, que será emitido pelo Ministério da Saúde, identificará o potencial doador e explicitará sua condição favorável à doação de órgãos e tecidos para fins de transplante.

Art. 487. A consulta e a autorização da família do potencial doador é indispensável à efetivação da retirada de órgãos e/ou tecidos para fins de doação em qualquer situação, seja na de cidadão com manifestação favorável à doação, inscrita no Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos, seja na omissão desta manifestação.

Art. 488. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as providências necessárias à operacionalização para manutenção do Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos disposto neste Regulamento.

Art. 489. Os mecanismos destinados a organizar o fluxo de informações, de tipificação e cadastro de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea - REDOME estão aprovados nos termos do Anexo LXII a este Regulamento.

Art. 490. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal que tenham Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos instalada e em funcionamento deverão adotar as medidas necessárias para que essas Centrais exerçam as seguintes atividades relativas à ampliação do REDOME:

I - organização dos fluxos de captação de doadores voluntários;

II - organização do sistema de orientações aos candidatos;

III - organização do encaminhamento desses candidatos ao Hemocentro mais próximo, previamente designado pela Secretaria de Saúde;

IV - organização e informação ao(s) Hemocentro(s) de grade de distribuição dos exames de histocompatibilidade aos laboratórios

devidamente cadastrados no SUS, classificados como de Tipo II, em conformidade com as Portarias GM/MS nºs 1.312 e 1.313, ambas de 30 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde, de acordo com sua capacidade instalada contratada;

V - recepção e envio ao Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea - REDOME, no Instituto Nacional de Câncer - INCA, do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, dos resultados dos exames realizados pelos laboratórios e das demais informações necessárias à implantação do cadastro, de acordo com o documento Termo de Consentimento/Autorização de Exames/Resultados de Exames, conforme modelo estabelecido no Anexo LXIII a este Regulamento; e

VI - manutenção de arquivo contendo as informações repassadas ao REDOME.

§ 1º Na hipótese de não haver laboratório de histocompatibilidade cadastrado e/ou classificado como de Tipo II no Estado em que esteja instalada a CNCDO, a Secretaria Estadual de Saúde deverá estabelecer os mecanismos necessários para o envio, pelo Hemocentro, das amostras de sangue coletadas dos candidatos à doação a um laboratório que esteja nessas condições, para a realização dos exames pertinentes.

§ 2º Aqueles Estados que não tenham CNCDO instalada e em funcionamento poderão estabelecer fluxos alternativos que não envolvam a Central, obedecendo, no entanto, aos demais preceitos estabelecidos neste Regulamento.

Art. 491. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão estabelecer o rol de Hemocentros sob sua gestão que deverão fazer parte do processo de cadastramento no REDOME, disponibilizando essa relação às suas respectivas CNCDO.

Art. 492. As seguintes responsabilidades e atividades deverão ser assumidas e desenvolvidas pelos Hemocentros designados no processo de cadastramento no REDOME, conforme definido no art. 491 deste Regulamento:

I - receber os candidatos à doação encaminhados pela CNCDO;

II - orientar os candidatos no que se refere ao procedimento de doação de medula propriamente dito, conforme sugestão de texto básico contido no Anexo LXIV a este Regulamento;

III - obter do candidato a formalização de sua disposição de doação, no documento Termo de Consentimento/Autorização de Exames/ Resultados de Exames, conforme o modelo estabelecido no Anexo LXIII a este Regulamento;

IV - coletar, processar e armazenar, de acordo com as especificidades técnicas pertinentes, o material necessário à realização dos exames de histocompatibilidade requeridos para cadastramento do doador no REDOME;

V - enviar, adotados os adequados procedimentos de acondicionamento e transporte, ao laboratório de histocompatibilidade cadastrado, de acordo com a grade de distribuição estabelecida pela CNCDO, o material a ser submetido aos exames de histocompatibilidade;

VI - localizar e chamar o candidato à doação, no caso de, após sua inscrição no REDOME, ele vier a ser selecionado como possível doador para um determinado receptor, ocasião em que coletará nova amostra de material para a realização da 2ª etapa da identificação do doador (que será enviada ao laboratório de histocompatibilidade) e realizará, no próprio Hemocentro, os exames de sorologia do doador, informando os resultados obtidos à CNCDO; e

VII - manter arquivo contendo as informações relativas aos candidatos à doação recebidos e encaminhados.

§ 1º Na eventualidade de o Hemocentro ter capacidade instalada, em sua própria estrutura, para a realização dos exames de histocompatibilidade, sendo seu laboratório cadastrado e classificado como de Tipo II, deverá fazê-lo esgotando, em primeiro lugar, essa capacidade e, se for o caso, enviando os exames excedentes aos laboratórios cadastrados de acordo com a grade de distribuição estabelecida pela CNCDO.

§ 2º Aqueles exames de histocompatibilidade realizados pelo próprio Hemocentro deverão ser processados/faturados de acordo com o estabelecido no art. 5º da Portaria GM/MS nº 1.314, de 30 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde, e o resultado informado à CNCDO.

§ 3º Na hipótese prevista no inciso VI deste artigo, os exames de sorologia realizados pelo Hemocentro poderão ser processados/faturados de acordo com as normas e a tabela em vigor.

§ 4º Em qualquer hipótese, a coleta, o processamento inicial, a armazenagem, o acondicionamento e o transporte de material

colhido de candidatos à doação de medula óssea para envio aos laboratórios de histocompatibilidade com a finalidade de cadastramento no REDOME, poderá ser processado/faturado pelo Hemocentro, conforme o estabelecido no art. 6º da Portaria GM/MS nº 1.314, de 30 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde.

§ 5º O material de que trata o inciso V deste artigo deverá ser acompanhado de autorização, para realização dos exames contida no documento de que trata o inciso III (Anexo LXIII).

Art. 493. As seguintes responsabilidades e atividades deverão ser assumidas e desenvolvidas pelos Laboratórios de Histocompatibilidade (laboratórios de histocompatibilidade cadastrados no SUS e classificados como de Tipo II, em conformidade com as Portarias GM/MS nºs 1.312 e 1.313, de 30 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde, no processo de cadastramento de doadores no REDOME:

I - receber o material a ser submetido aos exames de histocompatibilidade enviados pelo Hemocentro, acompanhado da autorização, para a realização desses exames, contida no documento cuja forma consta do Anexo LXIII a este Regulamento;

II - realizar os exames de histocompatibilidade previstos na 1ª Fase de identificação do doador, em conformidade com o estabelecido no art. 5º da Portaria GM/MS nº 1.314, de 30 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde;

III - anotar os resultados dos exames no documento cuja forma consta do Anexo LXIII a este Regulamento;

IV - enviar, à CNCDO, o documento (Anexo LXIII), devidamente preenchido e assinado pelo responsável técnico do laboratório; e

V - no caso previsto no inciso VI do art. 492 deste Regulamento, receber a nova amostra e realizar o exame previsto na 2ª Fase de identificação do doador, em conformidade com o estabelecido art. 5º da Portaria GM/MS nº 1.314, de 30 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde, informando o resultado à CNCDO.

Parágrafo único. O laboratório processará/faturará os procedimentos realizados e autorizados pelo Hemocentro, por meio de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/ Custo - APAC, de acordo com o estabelecido art. 4º da Portaria GM/MS nº 1.314, de 30 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde, informando o resultado à CNCDO.

Art. 494. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as medidas necessárias ao cumprimento do disposto neste Regulamento.

Art. 495. Os procedimentos relativos à realização de exames de histocompatibilidade e de coleta, processamento inicial, armazenagem, acondicionamento e transporte de material colhido de candidatos à doação de medula óssea pelo Hemocentro, estabelecidos na Portaria GM/MS nº 1.317, de 30 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde, serão custeados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, devendo ser processados por meio de APAC.

Art. 496. Os critérios para Cadastramento de Candidatos a Receptores de Fígado - Doador Cadáver, no Cadastro Técnico de Receptores de Fígado - "lista única" - das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, estão dispostos no Anexo LXV a este Regulamento.

Art. 497. É obrigatória a observância dos critérios aprovados para a inclusão de candidatos a receptores de fígado nos Cadastros Técnicos de Receptores de Fígado - "lista única" - por todas as CNCDO das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal em cujo âmbito de atuação haja esse Cadastro e sejam realizados transplantes de fígado.

§ 1º É vedado o estabelecimento de critérios próprios pelas CNCDO com a mesma finalidade.

§ 2º Fica mantida a inscrição de todos os candidatos a receptores de fígado que tenham sido inscritos nos Cadastros Técnicos de Receptores de Fígado - "listas únicas" - das CNCDO em data anterior a 14 de março de 2002, com a respectiva ordem de inscrição.

Art. 498. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão criar, no âmbito das respectivas CNCDO, onde são realizados transplantes de fígado, Câmara Técnica de Transplante de Fígado.

§ 1º As Câmaras previstas neste artigo deverão ser criadas e instaladas, por ato do Secretário de Saúde.

§ 2º Enquanto não forem criadas as respectivas Câmaras, as solicitações de inscrição nos Cadastros Técnicos de Receptores de Fígado que dependam de aprovação dessas Câmaras deverão ser apreciadas pelos órgãos técnicos da própria CNCDO.

Art. 499. As Câmaras Técnicas de Transplante de Fígado de que trata o art. 498 deste Regulamento deverão ser constituídas, no mínimo, pelos seguintes membros:

I - Coordenador da CNCDO - Coordenador da Câmara, como membro nato;

II - um representante do Conselho Regional de Medicina, indicado pelo Conselho e cuja escolha deverá recair sobre médico que não seja integrante de equipe de transplante de fígado;

III - hepatologistas/ gastroenterologistas- clínicos ou cirurgiões, que deverão ser escolhidos pelo gestor estadual do SUS dentre aqueles que não sejam integrantes de equipe de transplante de fígado no respectivo Estado ou Distrito Federal;

IV - um ou mais representantes de equipes de transplante de fígado autorizadas pelo SNT no Estado, até o máximo de quatro equipes representadas.

§ 1º Nos Estados onde existam mais de 4 (quatro) equipes de transplante de fígado autorizadas pelo SNT, deverá ser observado o rodízio anual das equipes representadas de maneira a permitir que todas, a seu tempo, sejam representadas na Câmara.

§ 2º A duração do mandato dos membros mencionados nos incisos II, III e IV é de 1 (um) ano, vedada a recondução no período imediatamente subsequente.

§ 3º Deverá ser observada a paridade entre o número de membros mencionados nos incisos III e IV.

§ 4º As deliberações da Câmara Técnica deverão ser adotadas por consenso entre os seus membros.

§ 5º É de responsabilidade do gestor do SUS estadual e do Distrito Federal a viabilização dos meios para o pleno funcionamento da Câmara Técnica.

Art. 500. Nos Estados, ou no Distrito Federal em que estejam criadas e em funcionamento CNCDO regionais, poderá ser criada, para cada regional, a respectiva Câmara Técnica Regional de Transplante de Fígado, observadas as mesmas regras de constituição e funcionamento das Câmaras Estaduais ou do Distrito Federal.

Parágrafo único. As Câmaras Técnicas Regionais apreciarão, exclusivamente, os candidatos a receptor que estejam em seu

âmbito de atuação, nos casos previstos no art. 501 deste Regulamento.

Art. 501. A aprovação de inscrição de candidatos a receptores de fígado no Cadastro Técnico de Receptores de Fígado -"lista única"- pelas Câmaras Técnicas de Transplante de Fígado é obrigatória nos seguintes casos:

I - de pacientes em que os critérios aprovados por este Regulamento determinem expressamente a apreciação da Câmara; e

II - de solicitação de inclusão na "lista única" de transplante de fígado, por equipe de transplante, de pacientes que não estejam contemplados nos critérios de inclusão aprovados por este Regulamento.

§ 1º É vedada a apreciação pela Câmara de pedidos de inscrição enquadrados naqueles casos em que esteja contraindicado o cadastramento, conforme os critérios estabelecidos por este Regulamento.

§ 2º Os pedidos de inscrição deverão ser instruídos com relato do caso, laudos de exames complementares de diagnóstico e demais documentos técnicos necessários para sua apreciação.

§ 3º Durante a avaliação inicial do pedido pela Câmara Técnica, o Coordenador da CNCDO deverá manter sigilo sobre a identidade do paciente e da equipe que solicita a inscrição, devendo o processo receber um número de identificação.

§ 4º A Câmara Técnica poderá condicionar a apreciação do pedido a:

I - apresentação de informações complementares pelas equipes solicitantes;

II - realização de avaliação clínica de cada paciente por membros da Câmara, de exames complementares de diagnóstico que julgar necessários, observados os preceitos éticos e legais envolvidos;e

III - consulta a outros especialistas da área.

§ 5º Se necessária a avaliação clínica mediante exame do paciente, a identidade deste deverá ser revelada apenas aos examinadores, que a deverão manter em sigilo perante os demais membros da Câmara Técnica.

§ 6º Após a análise de cada caso cuja apreciação lhe tenha sido submetida, a Câmara Técnica deverá emitir uma Ata de Deliberação em que fique claramente consubstanciada a decisão adotada, que deverá ser enviada à coordenação da CNCDO e à equipe solicitante para a adoção das medidas pertinentes.

§ 7º As decisões proferidas pela Câmara poderão ser objeto de pedido de reconsideração, que deverá ser apresentado à própria Câmara, instruído com razões que justifiquem uma eventual alteração da decisão tomada anteriormente.

Art. 502. As CNCDO deverão enviar, mensalmente, à Coordenação do Sistema Nacional de Transplante relato individual e sumário dos casos cuja inscrição nas "listas únicas" tenham sido submetidos à apreciação da Câmara Técnica de Transplante de Fígado, bem como cópia das respectivas Atas de Deliberação.

Subseção III

Da Importação de Órgãos e Tecidos

Art. 503. A importação de córneas será feita, exclusivamente, por paciente inscrito na respectiva lista de espera da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e vinculado a equipes e centros transplantadores, cadastrados no Sistema Nacional de Transplantes - SNT.

Art. 504. A anuência, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, à importação de córneas será efetuada por parecer conclusivo da respectiva CNCDO estadual.

Parágrafo único. Os resultados dos transplantes realizados com córneas importadas deverão ser encaminhados a CNCDO nos relatórios mensais.

Art. 505. Os custos com a importação de córneas caberão exclusivamente ao paciente.

Art. 506. A falência primária no transplante de córneas importadas não será considerada urgência para um novo transplante com córneas locais.

Art. 507. Os exames sorológicos realizados no doador de órgãos, em conformidade com a legislação vigente no país de origem, serão aceitos para efeito de transplante com córnea importada.

Parágrafo único. A responsabilidade pela avaliação da qualidade da córnea importada a ser transplantada será da equipe médica transplantadora.

Subseção IV

Do Transplante de Rins e Pâncreas

Art. 508. A Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes - SNT concederá autorização às equipes especializadas e aos estabelecimentos de saúde para a realização de transplante conjugado de rim e pâncreas, observando as disposições dos capítulos III e V do Regulamento Técnico aprovado nos termos do Anexo LXI, conforme o disposto na Seção XI do Capítulo II deste Regulamento.

§ 1º Cada equipe deverá ser composta, no mínimo, por:

- a) um cirurgião com treinamento em cirurgia pancreática e em transplante de órgão sólido;
- b) um cirurgião urologista; e
- c) um médico nefrologista.

§ 2º Os estabelecimentos de saúde, para efeito de exigência, enquadram-se na classe III, referida nos arts. 15 e 16 do Regulamento aprovado nos termos do Anexo LXI, conforme o disposto na Seção XI do Capítulo II deste Regulamento, e devem dispor, também, das condições estabelecidas para o transplante de rim.

Art. 509. Os pacientes com indicação de transplante conjunto de rim e pâncreas devem ser inscritos no sistema de lista única, formando um subconjunto do cadastro técnico para o transplante renal.

Parágrafo único. Os pacientes já inscritos na lista de distribuição de rim, ao ser transferidos para a lista de rim e pâncreas, terão mantidas as datas da inscrição original.

Art. 510. O pâncreas e um rim serão oferecidos, preferencialmente, ao receptor de transplante combinado, quando o doador preencher os seguintes critérios mínimos:

- a) idade entre 10 (dez) e 45 (quarenta e cinco) anos;
- b) peso entre 30 (trinta) e 90 (noventa) kg; e

c) ausência de antecedentes pessoais ou parentes em primeiro grau com diabetes mellitus.

Parágrafo único. Caso o referido doador seja recusado pelas equipes para transplantação de pâncreas e rim, os dois rins serão automaticamente alocados para a fila de transplante renal isolado, seguindo-se critérios preestabelecidos.

Art. 511. A seleção de pacientes para a distribuição do conjunto rim e pâncreas do mesmo doador deve ser feita empregando-se os critérios mínimos a seguir:

I - critérios excludentes:

a) amostra do soro do receptor fora do prazo de validade;

b) incompatibilidade sanguínea entre o receptor e o doador, em relação ao Sistema ABO;

II - critérios de classificação:

a) tempo decorrido da inscrição na lista única; e

b) casos de urgência, com justificativa prévia apresentada à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO.

Parágrafo único. A ponderação dos critérios mínimos e a inclusão de critérios complementares dar-se-ão no âmbito das CNCDO.

Art. 512. Deixando de existir as condições para a realização do transplante conjugado de rim e pâncreas, compreendida a recusa do paciente, este poderá ser reinscrito na lista do transplante do rim, mantendo a data da inscrição original.

Art. 513. Os critérios de distribuição instituídos por este Regulamento deverão ser reavaliados quando 90% (noventa por cento) dos pacientes inscritos nas listas de espera para transplante de rim e conjugado de rim e pâncreas estiverem identificados em relação aos Antígenos Leucocitários Humanos - HLA.

Art. 514. Os transplantes de pâncreas, pré ou pós-transplante renal ou isolados, devem ser realizados em conformidade com o disposto no § 1º do artigo 17 e no artigo 34 do Regulamento Técnico aprovado nos termos do Anexo LXVII, conforme o disposto na Seção XI do Capítulo II deste Regulamento.

Parágrafo único. Ocorrendo, no âmbito de uma CNCDO, a existência de um número maior de receptores, em relação aos doadores de pâncreas, a Coordenação do SNT deverá ser comunicada para o estabelecimento dos critérios mínimos de distribuição.

Subseção V

Do Transplante de Fígado

Art. 515. Dever-se-á proceder à modificação dos critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, que estão estabelecidos nos termos deste Regulamento, devendo-se implantar o critério de gravidade do estado clínico do paciente.

§ 1º Para aferir a variável de que trata o caput deste artigo, será adotado o sistema Model for End-stage Liver Disease - MELD / Pediatric End-Stage Liver Disease - PELD, conforme o constante no Anexo LXVI a este Regulamento.

§ 2º Tanto os pacientes já inscritos quanto os que venham a ser inscritos após a implantação do critério estarão sujeitos às novas regras de alocação de órgãos.

Art. 516. Os exames - dosagens séricas de creatinina, bilirrubina total e determinação da Relação Normatizada Internacional RNI- da atividade da protrombina necessários para o cálculo do MELD, para adultos e adolescentes maiores de 12 (doze) anos, e o valor de bilirrubina, valor de RNI e valor de albumina são necessários para o cálculo do PELD para crianças menores de 12 (doze) anos, deverão ser realizados em laboratórios reconhecidos pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica - SBPC ou por instituições hospitalares autorizadas pelo Sistema Nacional de Transplantes para realização de transplante hepático.

Parágrafo único. Os diferentes exames necessários para cada cálculo do MELD/PELD deverão ser realizados em amostra de uma única coleta de sangue do potencial receptor.

Art. 517. A distribuição de fígado será realizada pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, utilizando o Programa Informatizado de gerenciamento da lista de espera indicado pelo Sistema Nacional de Transplantes - DATASUS SNT 5.0 ou superior, instituído pela Portaria nº 783/GM, de 12 de abril de 2006, do Ministério da Saúde.

Art. 518. As inscrições no cadastro atual de receptores de fígado em lista de espera, efetuadas antes de 29 de maio de 2006, serão mantidas e estarão sujeitas aos novos critérios definidos para alocação dos órgãos ofertados.

Art. 519. É de responsabilidade da equipe de transplante, a qual o candidato está vinculado, a manutenção ou a exclusão do paciente na lista, de acordo com a evolução da doença e a indicação do procedimento como medida terapêutica.

Subseção VI

Dos Bancos de Órgãos e Tecidos

Art. 520. O Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos, criado no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, obedecerá ao disposto neste Regulamento.

§ 1º O Programa ora criado tem por objetivo oferecer as condições para a implantação/implementação de 30 (trinta) Bancos de Olhos a ser distribuídos, em locais estratégicos, no território nacional, como forma de viabilizar/estimular a ampliação da captação de córneas para transplante, garantir adequadas condições técnicas e de segurança para esta captação e, por fim, ampliar a realização de procedimentos de transplante de córnea no País, reduzindo, desta maneira, o tempo de espera dos candidatos ao transplante.

§ 2º Entende-se por Banco de Olhos o serviço que, em instalações físicas, de equipamentos, técnicas e profissionais, seja destinado a captar, retirar, classificar, preparar e conservar tecidos oculares de procedência humana para fins terapêuticos ou científicos, em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS nº 902, de 16 de agosto de 2000, do Ministério da Saúde.

§ 3º Os Bancos de Olhos deverão cumprir o estabelecido na Portaria GM/MS nº 902, de 16 de agosto de 2000, do Ministério da Saúde, e ser cadastrados no Sistema Nacional de Transplantes.

§ 4º Os Bancos de Olhos, integrantes ou não do Programa ora criado, deverão ter estreita articulação com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO do Estado em que estejam instalados, ter como referência os serviços habilitados à realização de transplantes de córneas e destinar, na totalidade, as córneas captadas/processadas viáveis para transplante ao atendimento da Lista de Espera gerenciada pela respectiva CNCDO.

§ 5º Os Bancos de Olhos deverão, mensalmente, prestar contas à respectiva CNCDO das córneas captadas/processadas, viáveis e inviáveis para transplante.

Art. 521. Os recursos necessários à operacionalização do Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos correrão por conta dos seguintes programas:

I - 10.301.0017.4376;

II - 10.302.0004.3863; e

III - 10.302.0004.3868.

Parágrafo único. Os recursos de que trata o caput deste artigo serão da ordem de R\$1.547.400,00 (um milhão, quinhentos e quarenta e sete mil e quatrocentos reais).

Art. 522. Os recursos destinados ao Programa objeto deste ato serão repassados aos Bancos de Olhos mediante convênio, na forma e critérios estabelecidos pela Secretaria-Executiva e pela Secretaria de Atenção à Saúde, devendo esses Bancos, para ser beneficiados, assumir formalmente, no mínimo, os seguintes compromissos:

I - cumprir e fazer cumprir a legislação em vigor que regula o Sistema Nacional de Transplantes;

II - realizar seu trabalho dentro dos mais estritos padrões morais, éticos, técnicos, de garantia de qualidade dos enxertos e de segurança para os receptores;

III - cumprir metas mensais/anuais de captação/processamento de córneas a ser pactuadas entre cada Banco e a Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes;

IV - participar, efetivamente, do esforço de captação de córneas para transplante empreendido em sua área de atuação, em estreita articulação com a respectiva CNCDO;

V - participar de eventuais campanhas de esclarecimento público a respeito da doação de órgãos e realização de transplantes bem como de programas de educação continuada multiprofissional.

Parágrafo único. Todos os compromissos deverão ser formalmente assumidos pela entidade/Banco de Olhos mediante a assinatura de Termo de Compromisso a ser elaborado pela

Secretaria de Atenção à Saúde, que deverá ser parte integrante do Convênio a ser celebrado.

Art. 523. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá selecionar as entidades/Bancos de Olhos que virão a ser incluídos no Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos e adotar as demais providências necessárias ao fiel cumprimento do disposto neste Regulamento.

Art. 524. Considera-se Banco de Tecidos Oculares Humanos o serviço que, possuindo instalações físicas, equipamentos e profissionais que possibilitem o cumprimento das Normas Técnicas, seja destinado a captar e transportar, dentro da área de abrangência, estabelecida pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, processar e armazenar tecidos oculares de procedência humana para fins terapêuticos, de pesquisa (laboratorial ou ensaio clínico, aprovados por comissões de ética) ou ensino.

§ 1º O serviço a que se refere ao caput deste artigo deverá funcionar em estabelecimento hospitalar que esteja autorizado pelo Ministério da Saúde a realizar captação e/ou retirada e/ou transplante e/ou enxerto de órgãos ou tecidos, e esteja devidamente habilitado pela Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS, conforme estabelecido neste Regulamento e que atenda, efetivamente, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, a todos os chamados que venha a receber.

§ 2º Aplica-se, no que couber, aos Bancos de Tecidos Oculares Humanos o disposto no Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e no Regulamento Técnico aprovado nos termos do Anexo LXVII, conforme o disposto na Seção XI do Capítulo II a este Regulamento.

Art. 525. As Normas Gerais para Instalação e Cadastramento/Autorização de Bancos de Tecidos Oculares Humanos estão estabelecidas nos termos do Anexo LXVII a este Regulamento.

Art. 526. A partir de 1º de janeiro de 2005, ficará sob a responsabilidade das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos estaduais, a codificação para identificação e acompanhamento dos tecidos captados para transplantes.

§ 1º O código deverá ser alfanumérico, separado por hífen, devendo os dois primeiros dígitos identificar a unidade da Federação - UF, os dois seguintes a região onde ocorreu a captação (macrorregião do Estado), que corresponderá às regiões de distribuição, se houver no Estado.

§ 2º Caso não haja divisão em regiões dentro do território estadual, a região será única e receberá o código 01.

§ 3º O próximo campo deverá ser composto de cinco dígitos, correspondendo à ordem sequencial de doações (o número se refere ao doador), naquele ano.

§ 4º Os dois dígitos seguintes identificarão o ano em que ocorreu a captação, ex: 2005 (05).

§ 5º O campo final identificará qual a córnea, se direita "D"

ou esquerda "E", do doador em questão, conforme o exemplo:
TO-02 00045-05-D:

I - TO = UF;

II - 02 = região do Estado, onde ocorrer a captação;

III -00045 = numeração sequencial dos doadores de córnea, incluídos os doadores de órgãos que doarem córneas;

IV - 05 = ano em que ocorreu a captação; e

V - D = córnea direita.

Art. 527. Os Bancos de Tecidos Oculares Humanos têm as seguintes competências:

I - atuar, sob a coordenação da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO do Estado, no esforço de promover, divulgar e esclarecer a população a respeito da importância da doação de órgãos e tecidos, com o objetivo de incrementar o número de doações e captações de tecidos oculares;

II - articular-se com a CNCDO do Estado, quanto à necessidade de receber os tecidos oculares captados em uma determinada região de sua abrangência, para o devido processamento;

III - participar da captação dos tecidos oculares doados, nas áreas de abrangência definidas e obedecendo às normas e orientações da CNCDO a que estiver subordinado;

IV - receber tecidos oculares humanos obtidos por outras equipes de captação devidamente autorizadas pela CNCDO;

V - respeitar a numeração dos tecidos oculares captados a ser fornecida pela CNCDO do Estado, numeração essa que deverá acompanhar todas as etapas de processamento desses tecidos e até a distribuição pelo sistema de lista única;

VI - encaminhar à CNCDO do Estado os documentos de autorização de doação, imediatamente após a captação;

VII - avaliar e processar tecidos oculares humanos para fins de utilização em transplantes ou enxertos;

VIII - garantir a realização dos exames laboratoriais necessários à identificação de possíveis contraindicações que impossibilitem a utilização do enxerto;

IX - disponibilizar todos os tecidos oculares obtidos, para distribuição pela CNCDO do Estado;

X - fornecer à equipe médica responsável pela realização do transplante ou enxerto todas as informações necessárias a respeito do tecido a ser utilizado, bem como sobre seu doador; e

XI - manter arquivo próprio com dados sobre os tecidos processados, seus doadores e receptores.

Art. 528. É da responsabilidade do Banco de Tecidos Oculares Humanos, de que trata o art. 424 deste Regulamento, a garantia da qualidade dos tecidos oculares distribuídos, ficando a responsabilidade final por sua utilização a cargo do cirurgião transplantador.

Art. 529. As Normas Técnicas para o funcionamento dos Bancos de Tecidos Oculares Humanos deverão ser definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Art. 530. Nas localidades onde não houver banco, as retiradas poderão ocorrer, sob a autorização da CNCDO do Estado, por médicos oftalmologistas e/ou técnicos devidamente capacitados, sob supervisão de um médico oftalmologista, sendo os tecidos oculares encaminhados ao Banco mais próximo no mesmo Estado ou em Estado vizinho.

Art. 531. O médico transplantador deve encaminhar para CNCDO as informações sobre os receptores no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a realização do transplante.

Parágrafo único. O não-encaminhamento das informações no prazo estabelecido no caput deste artigo poderá acarretar ao

médico transplantador o cancelamento da autorização para a realização de transplante de córnea emitida pelo Ministério da Saúde.

Art. 532. Nos casos de prioridade e/ou urgência para transplante de córnea, o botão corneano retirado do receptor deverá, obrigatoriamente, ser encaminhado, pelo médico transplantador ao Banco de Olhos, em solução apropriada, para que possa ser providenciado o exame anatomopatológico do tecido.

§ 1º O prazo máximo para envio do botão corneano do receptor ao Banco de Olhos é de 48 (quarenta e oito) horas após realização do transplante.

§ 2º O não-encaminhamento do botão corneano do receptor priorizado, no prazo estabelecido, poderá acarretar ao médico transplantador o cancelamento da autorização para a realização de transplante de córnea, emitida pelo Ministério da Saúde.

§ 3º O resultado do exame anatomopatológico do botão corneano, nesse caso, deve ser encaminhado pelo Banco à respectiva CNCDO.

Art. 533. As renovações de autorização concedidas por meio deste Regulamento para Bancos de Tecidos Oculares Humanos terão validade pelo prazo de 2 (dois) anos, renováveis por períodos iguais e sucessivos, em conformidade com o estabelecido nos arts. 5º, 6º, 7 e 8º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e nos arts. 28, 29, 30, 31 e 32 do Anexo LXVII a este Regulamento.

Art. 534. As Normas para Autorização de Funcionamento Cadastramento de Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos pelo Sistema Único de Saúde ficam aprovadas, na forma do Anexo LXVIII este Regulamento.

§ 1º Entende-se por Banco de Tecidos Musculoesqueléticos o serviço que, com instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e técnicas adequadas, seja destinado à captação, triagem clínica, laboratorial e sorológica, coleta, identificação, processamento, estocagem e distribuição de tecido musculoesquelético de procedência humana para fins terapêuticos ou de pesquisa.

§ 2º Somente poderá funcionar, tanto em caráter privado quanto para a prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde, aquele Banco que, com a respectiva licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária, seja autorizado pelo Sistema Nacional

de Transplantes, em conformidade com as Normas de que trata o caput deste artigo.

§ 3º Para que seja autorizado a funcionar, além do cumprimento das normas contidas neste Regulamento, o Banco deve comprovar que esteja aberto e em funcionamento para atendimento das demandas nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias, assegurar o controle e a garantia de qualidade dos procedimentos, equipamentos, reagentes e correlatos.

§ 4º A garantia da qualidade dos tecidos musculoesqueléticos distribuídos ou disponibilizados é de responsabilidade do Banco de Tecidos Musculoesqueléticos, e a responsabilidade médica e técnica final de sua utilização é do cirurgião transplantador.

§ 5º O Banco de Tecidos Musculoesqueléticos pode fornecer tecidos por ele processados para realização de transplantes, tanto em caráter privado como pelo SUS, somente a serviços que estejam devidamente autorizados pelo Sistema Nacional de Transplantes realizar seu implante, de acordo com o estabelecido nos arts. 479 482 deste Regulamento.

§ 6º Aplica-se subsidiariamente, no que couber, aos Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, o disposto no Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e no Regulamento Técnico disposto no Anexo XLVII a este Regulamento e outras que a complementem ou substituam.

Art. 535. As Rotinas para Captação, Ablação, Transporte, Processamento, Estocagem, Disponibilização e Controle de Qualidade de Tecidos Musculoesqueléticos ficam aprovados, na forma do Anexo LXIX a este Regulamento.

Parágrafo único. O Banco de Tecidos Musculoesqueléticos deve cumprir as Rotinas ora aprovadas.

Art. 536. Os Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos terão as seguintes competências/atribuições:

I - participar, sob a coordenação da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO do Estado, do esforço de promover, divulgar e esclarecer a população a respeito da importância da doação de órgãos;

II - efetuar a remoção dos tecidos musculoesqueléticos doados, obedecendo às normas e orientações da CNCDO a que estiver subordinado, e providenciar a adequada reconstituição da forma física do doador cujo segmento ósseo foi removido, utilizando

materiais sintéticos ou biológicos que se aproximem da anatomia humana;

III - receber tecidos musculoesqueléticos humanos obtidos pela equipe do próprio Banco de Tecido Musculoesquelético ou de equipes devidamente treinadas e atuando sob a responsabilidade do Banco e devidamente autorizadas pela CNCDO;

IV - avaliar clínica e laboratorialmente todos os tecidos musculoesqueléticos, e quando aplicável, radiologicamente, a fim de identificar possíveis contraindicações a seu emprego;

V - garantir, por meio de protocolos, a padronização relativa aos processos e ao controle da qualidade dos tecidos musculoesqueléticos humanos que estejam sob sua responsabilidade;

VI - manter registros dos processos de controle e garantia de qualidade dos procedimentos, equipamentos, reagentes e correlatos;

VII - disponibilizar para a equipe médica responsável pelo transplante todas as informações necessárias a respeito do tecido a ser utilizado, bem como sobre seu doador, mantendo em sigilo a sua identidade;

VIII - manter arquivo próprio com todos os dados de identificação e técnicos sobre os receptores e tecidos - captados, processados, armazenados e distribuídos - por no mínimo 25 anos, e enviar relatórios mensais à CNCDO sobre as atividades de captação e distribuição de tecidos do Banco, garantindo assim sua rastreabilidade;

IX - assegurar formação e aperfeiçoamento de recursos humanos responsáveis por todas as etapas envolvidas no processo captação, triagens clínica, laboratorial e sorológica, coleta, identificação, processamento, armazenamento e distribuição - dos tecidos musculoesqueléticos; e

X - estabelecer programas de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico nas áreas de interesse de banco de tecidos e transplante de tecidos musculoesqueléticos.

Art. 537. Os bancos de tecidos musculoesqueléticos, que eventualmente se encontrem atualmente em funcionamento, deverão se adequar às normas estabelecidas neste Regulamento e obter autorização de funcionamento, junto ao Sistema Nacional

de Transplantes, sob pena de responsabilidade e de interdição, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e previstas na legislação.

Art. 538. Ficam autorizados a funcionar, pelo Sistema Nacional de Transplantes, os seguintes Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos:

I - Banco de Tecidos Musculoesqueléticos do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - Rio de Janeiro/RJ - CGC nº 00.394.544/0212-63; e

II - Banco de Tecidos Musculoesqueléticos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba/PR - CGC nº 75.095.679/0002-20.

Art. 539. Ficam criados, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Bancos de Valvas Cardíacas Humanas.

§ 1º Entende-se por Banco de Valvas Cardíacas Humanas o Serviço que, em instalações físicas, de equipamentos, técnicas e profissionais, esteja destinado à retirada, preparo e conservação de partes do coração para emprego em enxertos com finalidade terapêutica.

§ 2º O Serviço a que se refere o § 1º deverá funcionar em estabelecimento hospitalar que esteja autorizado pelo Ministério da Saúde a realizar retirada e/ou transplante e/ou enxerto de órgão ou tecido, e devidamente cadastrado pela Secretaria de Atenção à Saúde, conforme estabelecido neste Regulamento.

§ 3º Aplica-se, no que couber, aos Bancos de Valvas Cardíacas Humanas, o disposto no Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e no Regulamento Técnico aprovado nos termos do Anexo LXVII a este Regulamento.

Art. 540. As Normas para Funcionamento e Cadastramento de Bancos de Valvas Cardíacas Humanas ficam aprovadas, na forma do Anexo LXX a este Regulamento.

Art. 541. Aos Bancos de Valvas Cardíacas Humanas cabe:

I - efetuar a remoção de valvas cardíacas humanas, obedecendo às normas e orientações da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO a que estiver subordinado;

II - receber valvas cardíacas humanas obtidas por outras equipes de retirada de órgão devidamente autorizadas pela CNCDO;

III - avaliar e processar valvas cardíacas humanas para fins de utilização em enxertos;

IV - providenciar a realização dos exames laboratoriais necessários à identificação de possíveis contraindicações a seu emprego;

V - garantir a qualidade e conservação das valvas cardíacas humanas que estejam sob sua responsabilidade;

VI - fornecer à equipe médica responsável pela realização do implante todas as informações necessárias a respeito da valva a ser utilizada, bem como sobre seu doador; e

VII - manter arquivo próprio com dados sobre as valvas processadas, seus doadores e receptores, enviando relatórios mensais à CNCDO.

Subseção VII

Do Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas

Art. 542. O Regulamento Técnico para Transplante de Células Tronco Hematopoéticas está aprovado nos termos do Anexo LXXI a este Regulamento.

Art. 543. As normas para autorização para funcionamento e respectivas renovações de estabelecimentos de saúde/equipes para a realização de transplantes de células-tronco hematopoéticas e, no âmbito do Sistema Único de Saúde, seu credenciamento e habilitação estão estabelecidos nos termos do Anexo LXXII a este Regulamento.

§ 1º A inclusão no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e a autorização para funcionamento são condições indispensáveis para todos os estabelecimentos/equipes.

§ 2º A autorização para funcionamento dar-se-á para instituições e equipes especializadas.

§ 3º O credenciamento e a habilitação no Sistema Único de Saúde serão referentes ao estabelecimento hospitalar, que deverá apresentar à equipe técnica a estrutura adequada ao disposto no Anexo LXXI a este Regulamento.

Art. 544. O Regulamento Técnico de Hospital-Dia para Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas está aprovado nos termos do Anexo LXXIII a este Regulamento.

Art. 545. O Termo de Consentimento para Receptor de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas está disposto no Anexo LXXIV a este Regulamento.

Art. 546. O formulário para encaminhamento de informações referentes aos transplantes autólogos às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, do Departamento de Atenção Especializada/Secretaria de Atenção à Saúde/DAE/SAS/MS, encontra-se no Anexo LXXV a este Regulamento.

Art. 547. O Sistema Nacional de Transplantes - SNT tem como responsabilidade o controle, a avaliação e a regulação das ações e atividades relativas ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas - TCTH.

Parágrafo único. O SNT contará com a assessoria técnica do Instituto Nacional de Câncer - INCA nas atividades relacionadas à TCTH.

Art. 548. A busca, nacional ou internacional, de doador não aparentado de células-tronco hematopoéticas é atribuição do Sistema Nacional de Transplantes, que se responsabilizará pelo seu ressarcimento.

Parágrafo único. Fica delegada ao Instituto Nacional de Câncer - INCA a gerência técnica e operacional dessa atividade.

Art. 549. A busca internacional de precursores hematopoéticos deverá ser iniciada após pesquisa preliminar de doador compatível no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea - REDOME e no Registro Nacional de Sangue de Cordão Umbilical - RENACORD.

§ 1º O RENACORD manterá comunicação com o REDOME, permitindo a busca de doadores não aparentados voluntários e de unidades de sangue de cordão umbilical armazenadas pelo BRASILCORD.

§ 2º O RENACORD ficará sob a gestão do Ministério da Saúde.

Art. 550. As Autorizações de Internação Hospitalar referentes a transplantes autólogos e alogênicos aparentados somente poderão ser autorizadas para pacientes inscritos nos cadastros de transplante autólogo ou alogênico de células-tronco hematopoéticas da CNCDO do Estado onde se encontra

estabelecido o hospital e na Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes.

Art. 551. O programa informatizado de gerenciamento do Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea - REREME proporcionará a organização dos fluxos de busca e a seleção de receptores para transplantes de células-tronco hematopoéticas alogênicos aparentados e não-aparentados, conforme Regulamento Técnico definido no Anexo LXXI a este Regulamento.

Art. 552. O cadastro único para os pacientes candidatos a Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas alogênico, cujo acesso ao TCTH deverá se dar por regulação do SNT e da CNCDO, por meio da Central Nacional de Regulação, Avaliação e Controle - CNRAC do Ministério da Saúde, considerando os critérios de priorização constantes do Anexo LXXI a este Regulamento para a alocação de leitos hospitalares destinados à internação para o procedimento.

Parágrafo único. Todos os leitos especializados autorizados para transplante alogênico de medula óssea, integrantes ou não do SUS, estarão sujeitos à regulação pelo SNT, na sua alocação para atendimento aos pacientes inscritos no cadastro único de receptores de TCTH alogênico - REREME.

Art. 553. O INCA manterá os cadastros do REDOME que incluem os cadastros do Registro Nacional de Sangue e Cordão Umbilical - RENACORD e do Registro de Receptores de Medula Óssea - REREME, atualizados com as situações clínicas dos receptores e dos doadores.

Parágrafo único. Ficam mantidas as autorizações, os credenciamentos e as habilitações dos estabelecimentos de saúde que na data da publicação deste ato se encontram validados.

Subseção VIII

Do Transplante de Órgãos e Tecidos de Fetos Anencéfalos

Art. 554. A retirada de órgãos e/ou tecidos de neonato anencéfalo para fins de transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de parada cardíaca irreversível.

§1º O descumprimento ao disposto no caput deste artigo constitui infração nos termos dos arts. 14, 16 e 17 da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

§ 2º Os infratores estão sujeitos às penalidades dos artigos citados no § 1º, bem como às demais sanções cabíveis.

CAPÍTULO III

DA GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE

Seção I

Da Gestão da Educação em Saúde

Subseção I

Da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Art. 555. As diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde estão dispostas nos termos deste Regulamento e deverão adequar-se às diretrizes operacionais e ao Regulamento do Pacto pela Saúde, previsto na Subseção I da Seção I do Capítulo I deste Regulamento.

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.

Art. 556. 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.

§ 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.

§ 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 prevista no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS.

Art. 557. Os Colegiados de Gestão Regional, conforme o previsto nos arts. 5º, 6º, 7º e 8º deste Regulamento, são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão 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).

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.

Art. 558. São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

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;

II - submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite - CIB para homologação;

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;

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;

V - acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário.

Art. 559. 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:

I - gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes;

II - trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas;

III - instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e

IV - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Parágrafo único. A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo LXXVII a este Regulamento.

Art. 560. São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço:

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;

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 do estabelecido nos Anexos LXXVI, LXXVII e LXXVIII a este Regulamento;

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;

IV - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e

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.

Art. 561. 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.

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.

Art. 562. 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.

Art. 563. A Comissão Intergestores Bipartite deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, formada por:

I - representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado;

II - gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e

III - um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme o art. 559 deste Regulamento.

Art. 564. São atribuições dessa Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite:

I - assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;

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

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.

Art. 565. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I - elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;

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;

III - pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual;

IV - homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;

V - acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário.

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.

Art. 566. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I - definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde;

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

III - acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal.

Art. 567. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações constantes deste Regulamento.

Parágrafo único. As diretrizes e as orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do Anexo LXXVIII a este Regulamento.

Art. 568. 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.

Art. 569. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão.

Art. 570. 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.

Art. 571. O financiamento do componente federal para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde, e comporá o Limite Financeiro Global do Estado, do Distrito Federal e do Município para execução dessas ações.

§ 1º Os critérios para alocação dos recursos financeiros federais encontram-se no Anexo LXXVI a este Regulamento.

§ 2º O valor dos recursos financeiros federais referentes à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito estadual e do Distrito Federal, constantes do Limite Financeiro dos Estados e do Distrito Federal, será publicado para viabilizar a pactuação nas CIBs sobre o fluxo do financiamento dentro do Estado.

§ 3º A definição desse repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB, encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite para homologação.

Art. 572. Os recursos financeiros de que trata esta Subseção do Regulamento, relativos ao Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, aos respectivos Fundos de Saúde.

§ 1º Eventuais alterações no valor do recurso Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal devem ser aprovadas nas Comissões Intergestores Bipartites - CIBs e encaminhadas ao Ministério da Saúde para publicação.

§ 2º As transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal e aos Municipais poderão ser alteradas conforme as situações previstas nos arts. 9º ao 23 deste Regulamento.

Art. 573. O financiamento do componente federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, consignado no orçamento do ano de 2007, prescindirá das assinaturas dos Termos de Compromisso do Pacto pela Saúde.

§ 1º Para viabilizar o repasse fundo a fundo dos recursos financeiros de 2007, as CIBs deverão enviar o resultado do processo de pactuação sobre a distribuição e alocação dos recursos financeiros da Educação Permanente em Saúde para homologação na CIT.

§ 2º A partir de 2008, os recursos financeiros seguirão a dinâmica estabelecida no Regulamento do Pacto pela Saúde e serão repassados apenas aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios que tiverem assinado seus Termos de Compromisso de Gestão.

Art. 574. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para:

I - organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação técnica/graduação/ especialização;

II - elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde;

III - orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente;

IV - qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartites para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

V - instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área.

Art. 575. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por:

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;

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

III - articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pósgraduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade sanitária.

Art. 576. Reativar a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com a atribuição de formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde, a qual 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 respectivas representações.

CAPÍTULO IV

DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

Seção I

Tecnologia em Saúde

Subseção I

Do Sistema Integrado de Apoio ao Desenvolvimento de Procedimentos Tecnológicos em Saúde

Art. 577. O Sistema Integrado de Apoio ao Desenvolvimento de Procedimentos Tecnológicos em Saúde - SITECS tem como objetivo articular, integrar e coordenar as atividades voltadas para o desenvolvimento de procedimentos tecnológicos em saúde, visando sua adequação às necessidades da rede de serviços.

Art. 578. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Executiva, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE e do Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde, promoverá, juntamente com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, o Departamento de Tecnologia da Fundação Hospitalar do Distrito Federal e a Fundação Euricydes Jesus Zerbini, as medidas necessárias para a implementação e implantação do SITECS, definindo o Sistema e os recursos necessários.

Parágrafo único. O grupo coordenador do SITECS será definido em portaria ministerial, e o conjunto das instituições integrantes comporão a sua Câmara Técnica.

CAPÍTULO V

DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Seção I

Da Política Nacional de Promoção da Saúde

Art. 579. A Política Nacional de Promoção da Saúde está aprovada conforme documento disponível no seguinte endereço eletrônico:

www.saude.gov.br/svs.

Seção II

Da Vigilância Epidemiológica

Subseção I

Do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

Art. 580. O Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar integra o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Art. 581. O Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar é integrado por todo hospital em funcionamento no território nacional, independentemente de sua natureza e da existência de relação para a prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 582. No Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, compete a todo estabelecimento hospitalar:

I - preencher a Ficha Individual de Notificação quando da ocorrência de agravo inusitado à saúde e de surtos, encaminhando-a de acordo com o fluxo estabelecido;

II - preencher a Ficha Individual de Notificação quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória, encaminhando-a de acordo com o fluxo estabelecido; e

III - preencher a Ficha de Notificação para a notificação negativa de ocorrência de doenças de notificação compulsória, encaminhando a de acordo com o fluxo estabelecido.

Parágrafo único. Na impossibilidade de atender ao estabelecido no caput deste artigo, o hospital deverá realizar a notificação ao gestor correspondente, o mais rápido possível, utilizando os meios disponíveis.

Art. 583. No Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS:

I - apoiar os hospitais na implantação de Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE;

II - elaborar e disseminar o processo de implantação neste Regulamento;

III - prestar assessoria técnica e supervisão na implantação e funcionamento dos NHE;

IV - garantir o fluxo de informações ao Ministério da Saúde;

V - apoiar as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde e a do Distrito Federal na operacionalização/realização de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando as ações de Vigilância Epidemiológica no ambiente hospitalar;

VI - divulgar informações e análise de doenças notificadas pelos hospitais;

VII - realizar sistematicamente reuniões com responsáveis estaduais pela área técnica de vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar;

VIII - realizar e apoiar estudos epidemiológicos em nível nacional das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e de outros agravos de interesse epidemiológico no ambiente hospitalar;

IX - participar da elaboração e avaliação de protocolos clínicos assistenciais das DNC no ambiente hospitalar;

X - estabelecer o uso de indicadores de avaliação da vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar;

XI - avaliar as ações de vigilância epidemiológica no ambiente hospitalar por meio de indicadores; e

XII - monitorar e avaliar o desempenho dos NHE, em articulação com os gestores estaduais e municipais.

Art. 584. Ao Gestor Estadual do SUS compete:

I - apoiar os hospitais na implantação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE;

II - elaborar e disseminar o processo de implantação do disposto neste Regulamento;

III - prestar assessoria técnica e supervisão no funcionamento dos NHE;

IV - definir o responsável técnico pela gestão do subsistema no Estado;

V - assessorar e supervisionar as ações de vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar, de forma complementar à atuação dos Municípios;

VI - definir o processo de estruturação do Sistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar na esfera estadual integrando-o às normas e rotinas já estabelecidas pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação;

VII - proceder à normalização técnica complementar à do nível federal para o seu território;

VIII - divulgar informações e análise de doenças notificadas pelos hospitais; e

IX - monitorar e avaliar o desempenho dos NHE, em articulação com os gestores municipais, quando cabível.

Art. 585. Ao Gestor Municipal do SUS compete:

I - apoiar os hospitais na implantação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE;

II - elaborar e disseminar o processo de implantação do disposto neste Regulamento;

III - prestar assessoria técnica e supervisão no funcionamento dos NHE;

IV - definir o responsável técnico pela gestão do subsistema no Município;

V - assessorar e supervisionar as ações de vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar;

VI - executar as ações de vigilância epidemiológica desencadeadas a partir das notificações realizadas pelos hospitais;

VII - definir o processo de estruturação do Sistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar na esfera municipal, integrando-o às normas e às rotinas já estabelecidas pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação;

VIII - proceder à normalização técnica complementar à esfera federal e estadual para seu território;

IX - consolidar os dados provenientes dos hospitais, por meio do processamento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, e divulgar as informações e análises epidemiológicas no âmbito hospitalar; e

X - monitorar e avaliar o desempenho dos NHE.

Art. 586. A gestão do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as competências referentes a Estados e Municípios.

Art. 587. A Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar obedecerá ao disposto neste Regulamento.

Art. 588. A Rede Nacional, fundamentada na distribuição por nível e por unidade da Federação, é constituída por 190 (cento e noventa) hospitais de referência, subdivididos em 3 (três) níveis e disposto na forma do Anexo LXXIX a este Regulamento, fundamentada na distribuição por nível e por unidade da Federação.

Parágrafo único. A definição do quantitativo de hospitais de que trata o caput deste artigo - por unidade da Federação, e sua distribuição por nível - está embasada na população e na complexidade da rede hospitalar da mesma unidade.

Art. 589. Os critérios para seleção dos Hospitais de Referência com base em nível e as exigências a que os hospitais deverão atender, bem como suas competências, estão definidos na forma dos Anexos LXXX, LXXXI e LXXXII a este Regulamento.

Parágrafo único. No processo de seleção dos Hospitais de Referência, deverá ser conferida prioridade àqueles especializados em doenças infecciosas, universitários ou de ensino, integrantes da Rede de Referência para a Síndrome Respiratória Aguda Grave e de Hospitais Sentinela para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Art. 590. O Fator de Incentivo para os Hospitais de Referência do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar - FIVEH é instituído para os estabelecimentos integrantes da Rede do SUS.

§ 1º O Fator de Incentivo será transferido mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estadual ou Municipal de Saúde, que o repassará diretamente para a conta bancária definida para o recebimento pelo hospital.

§ 2º O valor do Fator de Incentivo variará de acordo com o nível do hospital, conforme o disposto no Anexo LXXXIII a este Regulamento.

§ 3º Nos dois primeiros meses, o Fator de Incentivo será pago em dobro, com o objetivo de apoiar o custeio das despesas de implantação da atividade.

§ 4º A regularidade do cumprimento das obrigações por parte do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia é condição para a continuidade do repasse do incentivo.

§ 5º A unidade que não cumprir as obrigações previstas perderá a condição de Hospital de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar e será substituída por outra que atenda às condições para integrar a Rede.

§ 6º A unidade que cumprir de modo satisfatório as obrigações decorrentes do seu nível de classificação e se qualificar para o desempenho de competências próprias de nível superior poderá ter sua classificação revista.

Art. 591. O estabelecimento hospitalar que não preste serviço aos SUS, mas que atenda aos critérios definidos neste Regulamento poderá integrar a Rede, porém sem fazer jus ao Fator de Incentivo para os Hospitais de Referência do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar - FIVEH.

Art. 592. A Secretaria Estadual de Saúde - SES, observando os critérios e os quantitativos definidos no parágrafo único do art. 588 e no parágrafo único do art. 589, procederá à seleção preliminar das unidades que integrarão a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar em seu território, com a respectiva classificação por nível, submetendo-as à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite CIB.

§ 1º A SES, após aprovação da CIB, encaminhará para a SVS/MS a proposta de unidades que integrarão a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar em seu território, com a respectiva classificação.

§ 2º Eventuais divergências entre a proposta apresentada pela SES e a avaliação da SVS/MS que não obtiverem entendimento, serão levadas à decisão da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 593. A qualificação como integrantes da Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, nos respectivos níveis, será determinada por atos específicos da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Art. 594. Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para, observado o que estabelece o art. 590, incorporar, excluir e substituir estabelecimento na Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, por meio de ato específico.

Art. 595. Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para, caso necessário, editar normas orientadoras e complementares a este Regulamento.

Subseção II

Da Notificação Compulsória

Art. 596. Os casos suspeitos ou confirmados das doenças constantes no Anexo LXXXIV a este Regulamento são de notificação compulsória às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. A ocorrência de agravo inusitado à saúde, independentemente de constar desta relação, deverá também ser notificada imediatamente às autoridades sanitárias mencionadas no caput deste artigo.

Art. 597. A definição de caso, o fluxo e instrumentos de notificação para cada doença relacionados no Anexo LXXXIV a este Regulamento, deverão obedecer à padronização definida pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde

SVS/MS.

Art. 598. Os gestores municipais e estaduais do Sistema Único de Saúde poderão incluir outras doenças e agravos no elenco de doenças de notificação compulsória, em seu âmbito de competência, de acordo com o quadro epidemiológico local.

Parágrafo único. A inclusão de outras doenças e agravos deverá ser definida conjuntamente entre os gestores estaduais e municipais e a SVS/MS.

Art. 599. Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar normas regulamentadoras deste Regulamento.

Subseção III

Das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

Art. 600. A Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, aprovada nos termos do Anexo LXXXV a este Regulamento, inclui a notificação de casos suspeitos ou confirmados de influenza humana por novo subtipo.

Art. 601. A ocorrência de agravo inusitado, caracterizado como a ocorrência de casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independentemente de constar na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificada às autoridades sanitárias.

Art. 602. As doenças e agravos relacionados no Anexo LXXXVI a este Regulamento, para todo o território nacional, devem ser notificados, imediatamente, às Secretarias Estaduais de Saúde, e estas deverão informar também, de forma imediata, à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS.

Parágrafo único. A notificação imediata deverá ser realizada por um dos seguintes meios de comunicação:

I - serviço de notificação eletrônica de emergências epidemiológicas, por meio de mensagem de correio eletrônico enviada ao endereço notifica@saude.gov.br ou diretamente pelo sítio eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde, no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs;

II - serviço telefônico de notificação de emergências epidemiológicas - Disque-Notifica, funcionando 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas, por meio de ligação para o número nacional que será divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, sendo este serviço destinado aos profissionais de saúde cujo Município ou Estado não possua serviço telefônico em regime de plantão para recebimento das notificações imediatas.

Art. 603. Os agravos de notificação imediata, constantes do Anexo LXXXVI a este Regulamento, devem ser notificados em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir do momento da suspeita inicial.

Parágrafo único. A notificação imediata de que trata o caput deste artigo não substitui a necessidade de registro posterior das notificações em conformidade com o fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Art. 604. Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos

públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas nos Anexos LXXXV, LXXXVI e LXXXVII a este Regulamento.

Parágrafo único. O não cumprimento do descrito no caput do artigo será comunicado aos conselhos de entidades de classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

Art. 605. Os resultados dos exames laboratoriais das doenças de notificação imediata relacionadas no Anexo LXXXVII a este Regulamento devem ser notificados, pelos laboratórios de referência nacional, regional e centrais de saúde pública de cada ente federado, concomitantemente às Secretarias Estaduais de Saúde às Secretarias Municipais de Saúde e à SVS/MS, conforme o estabelecido no art. 601 deste Regulamento.

Art. 606. A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo LXXXV a este Regulamento obedecerá à padronização definida pela SVS/MS.

Art. 607. É vedada a exclusão de doenças e agravos componentes da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória pelos gestores municipais e estaduais do SUS.

Subseção IV

Do Controle da Hanseníase

Art. 608. A eliminação da hanseníase implica um conjunto de ações e medidas instituídas no âmbito do SUS, a ser promovidas de forma compartilhada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, com a finalidade de fortalecer o desenvolvimento das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e controle da hanseníase, tendo por objetivos:

I - ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento nos Municípios de maior endemicidade;

II - garantir atenção integral aos pacientes em todos os níveis de complexidade;

III - assegurar, nas unidades de saúde, tratamento completo para as formas paucibacilar e multibacilar;

IV - desenvolver ações de promoção à saúde e à vigilância epidemiológica, bem como de diagnóstico e acompanhamento, tratamento e reabilitação das pessoas atingidas pela doença;

V - promover a organização, a regulação, o acompanhamento e a avaliação do conjunto de ações de saúde para a efetiva eliminação da hanseníase;

VI - garantir informação acessível, atualizada e confiável, como ferramenta de avaliação e acompanhamento do estágio da eliminação para tomada de decisão;

VII - responsabilizar os gestores e mobilizar a sociedade civil, na promoção do conhecimento sobre os sinais e sintomas da hanseníase; e

VIII - ampliar a oferta de procedimentos de reabilitação física aos pacientes portadores de incapacidades/deformidades decorrentes da hanseníase.

Art. 609. As ações de eliminação da hanseníase - diagnóstico e tratamento - estão integradas na Atenção Básica, com o objetivo de promover o maior acesso das pessoas atingidas pela doença, em especial nos Municípios endêmicos.

Art. 610. A Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde deverão adotar as medidas necessárias ao cumprimento do disposto neste Regulamento.

Subseção V Do Controle da Dengue Art. 611. A situação de iminente perigo à saúde pública caracteriza-se quando a presença do mosquito transmissor da dengue - o *Aedes aegypti* - for constatada em 1% (um por cento) ou mais dos imóveis do Município, da localidade, do bairro ou do distrito.

Parágrafo único. A situação de que trata o caput deste artigo será caracterizada pela aferição do índice de infestação predial, realizada pelo agente de saúde por meio de levantamento amostral, pesquisa dos criadouros e coleta de larvas.

Art. 612. O gestor do Sistema Único de Saúde responsável pela execução das ações de campo de combate ao vetor transmissor da dengue deverá, quando constatada a situação de que trata o artigo anterior, intensificar as ações preconizadas no Programa Nacional de Controle da Dengue, em especial a realização das visitas domiciliares para eliminação do mosquito e de seus criadouros em todos os imóveis da área aferida, bem como a mobilização social para as ações preventivas.

Seção III

Dos Sistemas de Informações em Saúde

Art. 613. A Secretaria de Vigilância em Saúde é o órgão gestor dos sistemas de informação abaixo relacionados:

I - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;

II - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC; e

III - Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN.

Parágrafo único. Entende-se como órgão gestor o responsável pela área finalística que determina o objetivo e os propósitos de um sistema de informações, garantindo que ele cumpra as funções para as quais foi concebido, ou seja, responsável pela definição de variáveis, fluxos de informação, críticas e agregações de dados, além da ordenação de alterações que se fizerem necessárias.

Art. 614. A SVS fica incumbida de prestar suporte técnico às Secretarias de Saúde, sempre que se fizer necessário.

Art. 615. Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar normas regulamentadoras deste Regulamento.

Art. 616. O conjunto de ações relativas à coleta e ao processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País compõem o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Art. 617. O conjunto de ações relativas à coleta e ao processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os nascidos vivos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Art. 618. Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde SVS, como gestora nacional dos Sistemas de Informações SIM e SINASC:

I - estabelecer diretrizes e normas técnicas;

II - consolidar os dados provenientes dos Estados;

III - estabelecer prazos para o envio de dados pelo nível estadual;

IV - retro alimentar os dados para os integrantes do Sistema; e

V - divulgar informações e análises epidemiológicas.

Art. 619. Compete aos Estados:

I - consolidar os dados provenientes das unidades notificadoras dos Municípios por meio de processamento eletrônico;

II - estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal;

III - remeter os dados ao nível federal, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos neste Regulamento;

IV - analisar os dados;

V - retroalimentar os dados para os integrantes dos Sistemas;

VI - divulgar informações e análises epidemiológicas; e

VII - normatizar aspectos técnicos em caráter complementar à atuação do nível federal para o seu território.

Art. 620. Compete aos Municípios:

I - coletar e consolidar os dados provenientes das unidades notificantes;

II - enviar os dados, observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos Estados;

III - analisar os dados;

IV - retroalimentar os dados para os integrantes dos Sistemas; e

V - divulgar as informações e análises epidemiológicas.

Art. 621. Compete ao Distrito Federal, no que couber, as atribuições referentes aos Estados e aos Municípios.

Art. 622. Os Sistemas Informatizados, necessários ao processamento dos dados coletados, estarão sob a responsabilidade do Departamento da Análise de Situação de Saúde - DASIS, que distribuirá as versões atualizadas às Secretarias Estaduais de Saúde e estas a repassarão às Secretarias Municipais de Saúde, bem como realizará o treinamento para implementação e operação dos sistemas.

Art. 623. Deverá ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito - DO como documento padrão de uso obrigatório em todo o País, para a coleta de dados sobre óbitos e indispensável para a lavratura, pelo Cartório do Registro Civil, da Certidão de Óbito.

Art. 624. Deverá ser utilizado formulário da Declaração de Nascidos Vivos - DN como documento padrão de uso obrigatório em todo o País, para a coleta de dados sobre nascidos vivos, considerando o como o documento hábil para os fins do inciso IV do art.10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Parágrafo único. O Departamento de Análise de Situação de Saúde - DASIS elaborará e divulgará as rotinas e procedimentos operacionais necessários ao preenchimento da DO e da DN.

Art. 625. A DO e a DN terão sua impressão, distribuição e controle sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, que poderá delegar essas atividades às Secretarias Estaduais de Saúde.

§ 1º A DO e a DN serão impressas, em três vias, conforme fotolito padronizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, que será fornecido pelas Secretarias Estaduais de Saúde, sempre que houver delegação prevista neste artigo.

§ 2º Cabe ao Departamento de Análise de Situação de Saúde - DASIS, o controle da numeração a ser utilizada nos formulários de ambos os sistemas.

§ 3º As Secretarias Estaduais de Saúde, que receberem a delegação prevista neste artigo, deverão solicitar ao DASIS, sempre que for necessária, a impressão de novos formulários e a faixa numérica a ser utilizada.

Art. 626. As Secretarias Estaduais de Saúde ficarão responsáveis pela distribuição das DO e DN às Secretarias Municipais de Saúde e estabelecerão controle sobre a distribuição e utilização de cada um dos documentos-padrão, em sua esfera de gerenciamento dos sistemas.

§ 1º As Secretarias Estaduais de Saúde ficarão responsáveis pelo fornecimento de formulários de DO para as Unidades Notificadoras, a seguir relacionadas:

I - estabelecimento de saúde;

II - Institutos Médico Legal - IML;

III - Serviço de Verificação de Óbitos - SVO; e

IV - Cartório de Registro Civil.

§ 2º É permitida a distribuição de formulários de DO aos médicos cadastrados pelas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, vedada a distribuição às empresas funerárias.

§ 3º As Secretarias Municipais de Saúde ficarão responsáveis pelo fornecimento de formulários de DN para as unidades notificatórias a seguir relacionadas:

I - estabelecimentos de saúde onde possam ocorrer partos; e

II - Cartórios de Registro Civil.

Art. 627. Os dados constantes da DO e da DN deverão ser processados no Município onde ocorreu o evento.

Art. 628. No caso de óbitos naturais ocorridos em estabelecimentos de saúde, a DO será preenchida pela Unidade Notificadora e terá a seguinte destinação:

I - 1º via: Secretarias Municipais de Saúde;

II - 2º via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção de Certidão de Óbito junto ao Cartório de Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3º via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art. 629. No caso dos óbitos naturais ocorridos fora do estabelecimento de saúde e com assistência médica - DO será preenchida pelo médico responsável, que deverá dar-lhe a seguinte destinação:

I - 1ª e 3ª vias: Secretarias Municipais de Saúde;

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção de Certidão de Óbito junto ao Cartório de Registro Civil, o qual reterá o documento.

§ 1º Nos casos de óbitos naturais, sem assistência médica, a DO deverá ser preenchida pelo médico do Serviço de Verificação de Óbitos - SVO, destinando-se as vias conforme o disposto neste artigo.

§ 2º Onde não existir o SVO, a DO será preenchida por médico da localidade, que deverá dar a destinação indicada neste artigo.

Art. 630. Nos óbitos naturais, ocorridos em localidade sem médico, o responsável pelo falecido, acompanhado de duas testemunhas, comparecerá ao Cartório de Registro Civil e solicitará o preenchimento de três vias da DO, que terá a seguinte destinação:

I - 1ª e 3ª vias: Cartório de Registro Civil, para posterior coleta pela Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo processamento de dados; e

II - 2ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de Óbito a ser entregue ao representante/responsável pelo falecido.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios na busca ativa de casos não registrados, valendo-se inclusive, dos Agentes Comunitários de Saúde.

Art. 631. Nos casos de óbitos por acidentes e/ou violências, o médico legista do Instituto Medico Legal - IML ou perito destinado a tal finalidade, nas localidades onde não existir o IML, deverão preencher em três vias, que terão a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção de Certidão de Óbito junto ao Cartório de Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: Instituto Médico Legal - IML.

Art. 632. No caso dos partos hospitalares, a DN será preenchida pela Unidade Notificadora e terá a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório de Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: arquivo da unidade de saúde junto a outro registro hospitalar da puérpera.

Art. 633. No caso de partos domiciliares com assistência médica, a DN será preenchida pelo médico responsável que deverá dar a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório de Registro Civil que reterá o documento; e

III - 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em unidade de saúde.

Art. 634. No caso de partos domiciliares sem assistência médica, a DN será preenchida pelo Cartório de Registro Civil mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado e terá a seguinte destinação:

I - 1ª via: Cartório de Registro Civil, até ser recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório de Registro Civil, que reterá o documento; e

III - 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em unidade de saúde.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não registrados, valendo-se inclusive, dos Agentes Comunitários de Saúde e de parteiras tradicionais.

Art. 635. As Secretarias Estaduais de Saúde poderão adotar, em sua jurisdição, fluxos alternativos aos definidos nos artigos constantes desta Seção, após consulta e aprovação da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS.

Art. 636. As Secretarias Estaduais de Saúde remeterão, por meio eletrônico, os dados para o Departamento de Análise de Situação de Saúde - DASIS, consolidados trimestralmente, no seguintes prazos;

I - 1º trimestre: até 10 de abril;

II - 2º trimestre: até 10 de julho;

III - 3º trimestre: até 10 de outubro; e

IV - 4º trimestre: até 10 de janeiro do ano seguinte.

Parágrafo único. O fechamento do ano estatístico pela SVS deverá ocorrer até o dia 3 de junho de cada ano, relativamente aos dados do ano anterior.

Art. 637. Os arquivos enviados pelas Secretarias Estaduais de Saúde à SVS deverão ser avaliados quanto à qualidade, à integridade e à confidencialidade das bases de dados do SIM e do SINASC.

Art. 638. A falta de alimentação de dados no SIM e no SINASC, por mais de 60 (sessenta) dias, ensejará a suspensão das transferências dos recursos do Piso da Atenção Básica - PAB e o cancelamento da Certificação para gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, bem como a consequente suspensão do repasse dos recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças- TFED.

Seção IV

Do Programa Nacional de DST e AIDS

Art. 639. As normas relativas ao Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo, no âmbito do Programa Nacional de DST e AIDS, estão previstas no Anexo LXXXVIII a este Regulamento.

§1º O Sistema de Monitoramento, aprovado no caput deste artigo, compõe-se de instrumentos que devem ser preenchidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualificados para o Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST.

§ 2º No Anexo a este Regulamento, encontram-se as orientações técnicas específicas para o preenchimento dos instrumentos, os fluxos da informação, os prazos para preenchimento e encaminhamento dos instrumentos e respectivas sanções, em caso do não-cumprimento das normas estabelecidas.

Art. 640. No primeiro trimestre de cada ano, o Programa Nacional de DST e Aids, da Secretaria de Vigilância em Saúde, procederá, juntamente com o Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde - GT-VS, da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, à revisão dos indicadores, constantes do item 2 do Anexo LXXXVIII a este Regulamento.

Subseção I

Da Transmissão e Prevenção da Infecção pelo HIV/AIDS

Art. 641. Dever-se-ão observar as seguintes normas e procedimentos:

I - a realização de teste sorológico compulsório, prévio à admissão ou matrícula de aluno, e a exigência de testes para manutenção da matrícula e de sua frequência nas redes pública e privada de ensino de todos os níveis, são injustificadas e não devem ser exigidas;

II - da mesma forma não devem ser exigidos testes sorológicos prévios à contratação e manutenção do emprego de professores e funcionários, por parte de estabelecimentos de ensino;

III - os indivíduos sorologicamente positivos, sejam alunos, professores ou funcionários, não estão obrigados a informar sobre sua condição à direção, a funcionários ou a qualquer membro da comunidade escolar;

IV - a divulgação de diagnóstico de infecção pelo HIV ou de AIDS de que tenha conhecimento qualquer pessoa da comunidade escolar, entre alunos, professores e funcionários, não deve ser feita; e

V - não deve ser permitida a existência de classes especiais ou de escolas específicas para infectados pelo HIV.

Art. 642. Dever-se-á promover implantação, onde não exista, e a manutenção e ampliação, onde já se executa, de projeto educativo, enfatizando os aspectos de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV e AIDS, dirigido a professores, pais, alunos, funcionários e dirigentes das redes oficial e privada de ensino de todos os níveis, na forma do Anexo LXXXIX.

§ 1º O projeto educativo de que trata o caput deste artigo deverá ser desenvolvido em todos os estabelecimentos de ensino do País, em todos os níveis, com participação e apoio dos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde.

§ 2º Os conteúdos programáticos do projeto educativo deverão estar em consonância com as diretrizes do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, do Ministério da Saúde.

§ 3º Os resultados do projeto educativo serão avaliados pela Coordenação do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS e seus relatórios, encaminhados periodicamente aos Ministros da Educação e da Saúde.

Art. 643. Para prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno, deverão ser consideradas as seguintes medidas:

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;

II - as mulheres infectadas pelo HIV não deverão amamentar seus próprios filhos nem doar leite;

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 pasteurizados;

IV - os Bancos de Leite Humano utilizarão somente leite ou colostro, após adequada pasteurização, com aquecimento a 62,5 °C (sessenta e dois e meio graus) por 30 (trinta) minutos, observando que:

a) essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% (cem por cento) de todas as práticas de HIV possíveis de serem encontradas no leite humano;

b) o simples congelamento ou liofilização, sem pasteurização prévia, não garante a inativação do HIV;

c) a pasteurização é uma prática obrigatória em todos os bancos de leite, segundo dispositivo da Portaria nº 322/MS, de 26 de maio de 1988, do Ministério da Saúde;

V - a seleção dos doadores de bancos de leite deve obedecer aos critérios estabelecidos na Portaria nº 322/MS, de 26 de maio de 1988, do Ministério da Saúde;

VI - as mães em situação de risco para HIV, antes de amamentarem seus filhos, devem preferencialmente, no pré-natal, ser orientadas a se submeter a teste sorológico, devendo, para tal, realizar aconselhamento pré e pós-teste; e

VII - são consideradas como situações de risco para HIV, as mulheres:

a) usuárias de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas/seringas e /ou com parceiros usuários de drogas injetáveis;

b) que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados e/ou com parceiros que recebam transfusão de sangue ou hemoderivados a partir de 1980;

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 e mulheres); e

d) com histórico de doenças sexualmente transmissíveis e/ou parceiros com histórico de doenças sexualmente transmissíveis a partir de 1980.

Art. 644. As orientações e critérios relativos à definição nacional de casos de AIDS, em indivíduos menores de 13 (treze) anos de idade, para fins de vigilância epidemiológica, constam do Anexo XC a este Regulamento.

Subseção II

Da Abordagem Consentida para os Testes de DST e HIV

Art. 645. Os procedimentos e as condutas para a abordagem de pessoas submetidas a testes capazes de diagnosticar o HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e que não retornam ao estabelecimento de saúde para dar conhecimento dos resultados dos exames, bem como as que não comparecem ao tratamento já em curso, obedecerão ao disposto neste Regulamento.

§ 1º A abordagem consentida é o contato, mediante autorização prévia obtida por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante do Anexo XCI a este Regulamento, com os usuários que não retornam às unidades de saúde para receber os resultados de testes realizados para HIV e outras DST, ou com os que não comparecem ao tratamento.

§ 2º Respeitado o direito à privacidade, será garantido ao usuário o direito de decidir pelo contato, ou não, bem como o melhor meio de estabelecimento deste contato pelo serviço de saúde.

Art. 646. A abordagem consentida, a ser executada por profissionais de saúde capacitados para essa ação, deve ser realizada junto aos usuários que não compareceram para receber os resultados dos testes realizados para HIV e outras DST, que só serão conhecidos com a presença do usuário no serviço de saúde.

§ 1º A abordagem consentida de pessoas que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST e não retornam para conhecer os resultados dos exames deverá limitar-se ao convite para o comparecimento ao serviço de saúde.

§ 2º Os resultados dos testes a que se refere o caput deste artigo só serão conhecidos com a presença do usuário no serviço de saúde.

Art. 647. O contato para comparecimento ao serviço de saúde deve ser realizado diretamente com o usuário ou excepcionalmente com alguém previamente autorizado pelo usuário, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante do Anexo XCI a este Regulamento.

Parágrafo único. Em hipótese alguma, o usuário deverá ser exposto a qualquer forma de constrangimento.

Art. 648. No processo de aconselhamento pré-teste, o serviço de saúde apresentará ao usuário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a abordagem consentida, bem como a forma de contato com o usuário que será realizado por intermédio de correio, contato telefônico, mensagem eletrônica ou visita domiciliar, devendo ser definida pelo usuário.

Parágrafo único. Na emissão do convite ao comparecimento ao serviço de saúde, deverá ser restringido o uso de logomarca, logotipo, símbolo, identificação visual, imagem corporativa.

Art. 649. No Termo de Consentimento Esclarecido deverá constar a assinatura ou impressão digital da pessoa abordada, com a especificação da técnica de contato ou, se for o caso, a sua recusa em firmá-lo, atitude que não poderá motivar restrições a seu atendimento.

Parágrafo único. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido poderá ser revogado a qualquer momento, quando do desejo do usuário do serviço de saúde.

Art. 650. A abordagem consentida, para os casos em que não houver o comparecimento à consulta agendada para o conhecimento dos resultados, deverá ser realizada após 15 (quinze) dias da referida falta.

Parágrafo único. Caso a primeira tentativa de contato consentido não alcance êxito, deverá o serviço de saúde estabelecer novos contatos com o usuário por, pelo menos, três vezes.

Art. 651. Para os usuários em tratamento, a abordagem consentida deverá ser realizada logo após a falta à consulta.

Art. 652. Em todo o processo de abordagem consentida aos usuários que não comparecem aos serviços de saúde para conhecimento dos resultados de exames realizados para HIV e outras DST, ou que não estejam comparecendo ao tratamento, deverá ser mantida a confidencialidade das informações do usuário.

Art. 653. Fica determinado que a Secretaria de Vigilância em Saúde adote as medidas necessárias ao cumprimento efetivo do disposto neste Regulamento.

Art. 654. Em conformidade com as respectivas condições de gestão do Sistema Único de Saúde, caberá aos Estados e aos Municípios estabelecer normas complementares a este Regulamento para atender às especificidades regionais e locais.

Seção V

Da Vigilância Ambiental em Saúde

Subseção I

Do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental

Art. 655. O Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental - SINVSA compreende o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial:

I - água para consumo humano;

II - ar;

III - solo;

IV - contaminantes ambientais e substâncias químicas;

V - desastres naturais;

VI - acidentes com produtos perigosos;

VII - fatores físicos; e

VIII - ambiente de trabalho.

Parágrafo único. Os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana associados a contaminantes ambientais, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo serão de responsabilidade da Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental em Saúde - CGVAM.

Art. 656. Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS, às Secretarias Estaduais e às Municipais de Saúde ou órgãos equivalentes nos Estados e Municípios, a gestão do componente federal, estadual e municipal do SINVSA, respectivamente, conforme definido neste Regulamento.

Art. 657. As metas e as atividades de vigilância em saúde ambiental serão expressas na Programação Pactuada Integrada da Área de Vigilância em Saúde - PPIVS, a ser elaborada pelos gestores do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental - SINVSA, na forma disciplinada pela Secretaria de Vigilância em Saúde, e custeadas com os recursos provenientes do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS, estabelecido na Portaria nº 1.172, de 17 de junho de 2004, do Ministério da Saúde.

Art. 658. Compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, gestora nacional do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental:

I - propor a Política Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental;

II - participar na formulação e na implementação das políticas de controle dos fatores de risco no meio ambiente que interfiram na saúde humana;

III - coordenar as ações de monitoramento dos fatores não biológicos que ocasionem riscos à saúde humana;

IV- elaborar normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - normalizar os procedimentos de vigilância em saúde ambiental nos pontos de entrada no território nacional de

pessoas, meios de transporte e outros que possam ocasionar riscos à saúde da população;

VI - propor normas e mecanismos de controle a outras instituições, com atuação no meio ambiente, saneamento e saúde, em aspectos de interesse da saúde pública;

VII - coordenar e supervisionar as ações de vigilância em saúde ambiental, com ênfase naquelas que exijam simultaneidade em mais de uma unidade da Federação;

VIII - executar ações de vigilância em saúde ambiental, em caráter excepcional, de forma complementar à atuação dos Estados, nas seguintes situações:

a) em circunstâncias especiais de risco à saúde decorrentes de fatores ambientais, que superem a capacidade de resposta do nível estadual; e/ou b) que representem risco de disseminação nacional;

IX - credenciar Centros Nacionais e Regionais de Referência em Vigilância em Saúde Ambiental;

X - estabelecer os padrões máximos aceitáveis ou permitidos e os níveis de concentração no ar, água e solo, dos fatores e características que possam ocasionar danos à saúde humana;

XI - estabelecer normas, critérios e limites de exposição humana a riscos à saúde advindos de fatores químicos e físicos;

XII - realizar avaliações de impacto e de risco à saúde da população, relacionadas ao emprego de novas tecnologias;

XIII - definir, normalizar, coordenar e implantar os sistemas de informação relativos à vigilância de contaminantes ambientais na água, ar e solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como à vigilância e prevenção dos riscos decorrentes dos fatores físicos, ambiente de trabalho, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos;

XV - definir indicadores nacionais para o monitoramento de contaminantes ambientais na água, no ar e no solo de importância e repercussão na saúde pública, bem como para a vigilância e prevenção dos riscos decorrentes dos fatores físicos, ambiente de trabalho, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos;

XVI - coordenar e supervisionar as ações de vigilância em saúde ambiental de contaminantes ambientais na água, no ar e no solo de importância e repercussão na saúde pública, bem como a vigilância e a prevenção dos riscos decorrentes dos fatores físicos, ambiente de trabalho, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos;

XVII - coordenar e executar as atividades relativas à informação e à comunicação de risco à saúde decorrentes de contaminação ambiental;

XVIII - promover, coordenar e executar estudos e pesquisas aplicadas na área de vigilância em saúde ambiental;

XIX - analisar e divulgar informações epidemiológicas sobre fatores ambientais de risco à saúde;

XX - prestar assessoria técnica em vigilância em saúde ambiental aos Estados e, excepcionalmente, aos Municípios;

XXI - promover a cooperação técnica internacional na área de vigilância em saúde ambiental;

XXII - fomentar e executar programas de desenvolvimento de recursos humanos em vigilância em saúde ambiental;

XXIII - participar do financiamento das ações de vigilância em saúde ambiental;

XXIV - realizar a vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana associados a contaminantes ambientais, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo; e

XXV - desenvolver estratégias e ações de Atenção Primária em Saúde Ambiental em Articulação com Estados, Distrito Federal, Municípios e sociedade civil organizada como instrumento de implantação da Vigilância em Saúde Ambiental.

Parágrafo único. Saúde ambiental compreende a área da saúde pública afeta ao conhecimento científico e à formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade.

Art. 659. Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental - SINVSA, compreendendo as seguintes ações:

I - coordenar as ações de monitoramento dos fatores não biológicos que ocasionem riscos à saúde humana;

II - propor normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

III - propor normas e mecanismos de controle a outras instituições, com atuação no meio ambiente, saneamento e saúde, em aspectos de interesse da saúde pública;

IV - coordenar e supervisionar as ações de vigilância em saúde ambiental, com ênfase naquelas que exijam simultaneidade em mais de um Município;

V - executar ações de vigilância em saúde ambiental, em caráter excepcional e complementar à atuação dos Municípios, nas seguintes situações:

a) em circunstâncias especiais de risco à saúde decorrentes de fatores ambientais, que superam a capacidade de resposta do nível municipal; ou

b) que representem risco de disseminação estadual;

VI - normalizar e coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental;

VII - credenciar Centros Estaduais de Referência em Vigilância em Saúde Ambiental;

VIII - gerenciar os sistemas de informação relativos à vigilância de contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como à vigilância e prevenção dos riscos decorrentes dos fatores físicos, ambiente de trabalho, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, incluindo:

a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos Municípios, por meio de processamento eletrônico, na forma definida pela SVS;

b) envio dos dados ao nível federal, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados;

d) retroalimentação dos dados;

IX - coordenar as atividades de vigilância em saúde ambiental de contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como dos riscos decorrentes dos desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, ambiente de trabalho;

X - monitorar, de forma complementar ou suplementar aos Municípios, os fatores não-biológicos que ocasionem riscos à saúde da população, observados os padrões máximos de exposição aceitáveis ou permitidos;

XI - coordenar e executar as atividades relativas à informação e à comunicação de risco à saúde decorrente de contaminação ambiental de abrangência estadual e intermunicipal;

XII - promover, coordenar e executar estudos e pesquisas aplicadas na área de vigilância em saúde ambiental;

XIII - analisar e divulgar informações epidemiológicas sobre fatores ambientais de risco à saúde;

XIV - prestar assessoria técnica em vigilância em saúde ambiental aos Municípios;

XV - fomentar e executar programas de desenvolvimento de recursos humanos em vigilância em saúde ambiental;

XVI - participar do financiamento das ações de vigilância em saúde ambiental, na forma estabelecida na Portaria nº 1.172, de 17 de junho de 2004; e

XVII - executar as ações de vigilância em saúde ambiental em Municípios não certificados, nas condições estabelecidas na Portaria nº 1.172, de 2004, do Ministério da Saúde.

Art. 660. Compete aos Municípios a gestão do componente municipal do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental - SINVSA, compreendendo as seguintes ações:

I - coordenar e executar as ações de monitoramento dos fatores não-biológicos que ocasionem riscos à saúde humana;

II - propor normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

III - propor normas e mecanismos de controle a outras instituições, com atuação no meio ambiente, saneamento e saúde, em aspectos de interesse de saúde pública;

IV - coordenar a Rede Municipal de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental;

V - gerenciar os sistemas de informação relativos à vigilância de contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como à vigilância e prevenção dos riscos decorrentes dos desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, ambiente de trabalho, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do sistema de vigilância em saúde ambiental;

b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retroalimentação dos dados.

VI - coordenar as atividades de vigilância em saúde ambiental de contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como dos riscos decorrentes dos desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambiente de trabalho;

VII - executar as atividades de informação e comunicação de risco à saúde decorrentes de contaminação ambiental de abrangência municipal;

VIII - promover, coordenar e executar estudos e pesquisas aplicadas na área de vigilância em saúde ambiental;

IX - analisar e divulgar informações epidemiológicas sobre fatores ambientais de risco à saúde;

X - fomentar e executar programas de desenvolvimento de recursos humanos em vigilância em saúde ambiental;

XI - participar do financiamento das ações de vigilância ambiental em saúde, na forma estabelecida na Portaria nº 1.172, de 17 de junho de 2004; e

XII - coordenar, acompanhar e avaliar os procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas, componentes da rede municipal de laboratórios, que realizam exames relacionados à área de vigilância em saúde ambiental.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser exercidas pelos Estados nas condições pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 661. A coordenação e a execução das ações de vigilância em saúde ambiental no Distrito Federal compreenderão, no que couberem, simultaneamente, as competências referentes a Estados e Municípios.

Art. 662. As ações de promoção de saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde deverão ser realizadas em articulação com fóruns intrasetoriais e intersetoriais relacionadas à questão ambiental, bem como com os fóruns de controle social.

Art. 663. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regulamento, no que concerne ao Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, serão dirimidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde - SVS/MS.

CAPÍTULO VI

DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Seção I

Da Política Nacional de Alimentação e Nutrição

Art. 664. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição está aprovada nos termos do Anexo XCII a este Regulamento.

Art. 665. Os órgãos e entidades vinculados ao Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, deverão promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades estabelecidas no Anexo XCII.

Seção II

Dos Agravos à Saúde Relativos à Alimentação e Nutrição

Art. 666. A linha de atuação "Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes de Risco Nutricional", integrante do Plano de Combate à Fome e à Miséria, instituída no âmbito do Ministério da Saúde, possui os seguintes objetivos:

- I - tratar os casos detectados de desnutrição em crianças e gestantes;
- II - reduzir os riscos de recidivas em crianças tratadas, bem como o aparecimento de desnutrição entre irmãos;
- III - integrar aos procedimentos de atenção aos desnutridos, as ações de prevenção e tratamento da hipovitaminose A e da anemia ferropriva;
- IV - consolidar e assegurar a prestação de ações básicas de saúde e de alimentação e nutrição, em observância aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Art. 667. A Comissão Executiva da referida linha de atuação foi constituída com a finalidade de promover as medidas necessárias à operacionalização da modalidade de atendimento específico definido para o setor saúde.

Art. 668. A Comissão Executiva possui as seguintes atribuições:

- I - formular programação anual de trabalho relativa às ações sob sua responsabilidade;
- II - elaborar instrumentos de programação, observando diretrizes e prioridades definidas para a implementação do programa;
- III - promover a divulgação e a análise da proposta junto às instâncias estaduais e municipais, com o objetivo de viabilizar a execução, negociando a adesão e as formas de contrapartida;
- IV - promover a cooperação técnica a Estados e Municípios, tendo em vista a execução descentralizada das ações, após aprovação dos projetos, garantido a flexibilidade operacional para adaptação às condições locais;
- V - promover as atividades de acompanhamento, controle e avaliação, em parceria com Estados e Municípios;

VI - incrementar a articulação intersetorial e interinstitucional, com vistas ao encaminhamento de soluções dos problemas que transcendam o setor saúde; e

VII - desenvolver outras atividades de sua área de competência, que lhe sejam atribuídas pelo Ministro da Saúde.

Art. 669. Compete à Comissão Executiva a constituição de um Comitê Consultivo, com o objetivo de assegurar suporte técnico-científico e operacional à implementação das medidas de intervenção instituídas por este Regulamento, do qual participarão:

I - profissionais de notório saber, nas áreas de saúde, alimentação e nutrição; e

II - representações de organismos e entidades nacionais e internacionais, relacionadas às áreas acima referidas.

Art. 670. As diretrizes para a atenção à saúde com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, deverão ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 671. A prevenção da obesidade e a assistência ao portador de obesidade deve ser organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção, proteção e de recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II - organizar a linha de cuidados ao portador da obesidade grave, em todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a integralidade da assistência;

III - identificar os principais determinantes e condicionantes que levam à obesidade e ao desenvolvimento de ações transectoriais de atenção à saúde;

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam cirurgia bariátrica, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o paciente após a realização da cirurgia;

V - ampliar a cobertura do atendimento, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de atenção aos portadores de obesidade no País;

VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, à eficácia e à qualidade, bem como à incorporação tecnológica ao tratamento da obesidade;

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes das diretrizes para a atenção ao portador de obesidade, permitindo que, a partir de seu desempenho, seja possível um aprimoramento da gestão, a disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com obesidade e aquelas em acompanhamento pós-cirúrgico;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais da saúde envolvidos com a implantação e a implementação das diretrizes para a atenção ao portador de obesidade, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 672. As diretrizes para a atenção à saúde com vistas à prevenção da obesidade e à assistência ao portador de obesidade, de que trata o art. 666 deste Regulamento, devem ser operacionalizadas a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual e coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos, bem como as ações para o controle da obesidade e suas comorbidades que possam ser realizadas nesse nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde;

II - Média Complexidade: realizar ações diagnósticas e terapêuticas especializadas garantidas a partir do processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade,

regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

III - Alta Complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade das cirurgias bariátricas, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na realização do tratamento cirúrgico da obesidade, cuja assistência nessa modalidade se dará por meio dos hospitais credenciados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave;

IV - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de obesidade;

V - a regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de obesidade serão de competência das três esferas de governo;

VI - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação;

VII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; e

VIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde em 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.

Art. 673. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá criar uma câmara técnica, a ela subordinada, com o objetivo de acompanhar a implantação e a implementação da política instituída no art. 666 deste Regulamento.

Art. 674. Fica estabelecido o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN como via formal de registro dos casos graves e moderados da desnutrição em menores de 24 (vinte e quatro) meses.

Art. 675. Os ajustes e orientações pertinentes à operacionalização do que determina o artigo imediatamente anterior serão promovidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 676. O banco de dados gerado no âmbito do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, a partir dos registros a que se refere o art. 674 deste Regulamento, constitui a primeira fase do processo de informatização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN.

Seção III

Da Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas

Art. 677. As diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de Educação Infantil, Fundamental e Nível Médio das Redes Pública e Privada, em âmbito nacional, favorecendo o desenvolvimento de ações que promovam e garantam a adoção de práticas alimentares mais saudáveis no ambiente escolar, obedecerão ao disposto neste Regulamento.

Art. 678. A alimentação saudável deve ser entendida como direito humano, compreendendo um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas, sociais e culturais dos indivíduos, de acordo com as fases do curso da vida e com base em práticas alimentares que assumam os significados sócio-culturais dos alimentos.

Art. 679. A promoção da alimentação saudável nas escolas possui os seguintes eixos prioritários:

I - ações de educação alimentar e nutricional, considerando os hábitos alimentares como expressão de manifestações culturais regionais e nacionais;

II - estímulo à produção de hortas escolares para a realização de atividades com os alunos e a utilização dos alimentos produzidos na alimentação ofertada na escola;

III - estímulo à implantação de boas práticas de manipulação de alimentos nos locais de produção e fornecimento de serviços de alimentação do ambiente escolar;

IV - restrição ao comércio e à promoção comercial no ambiente escolar de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras; e

V - monitoramento da situação nutricional dos escolares.

Art. 680. Os locais de produção e fornecimento de alimentos de que trata este Regulamento incluem refeitórios, restaurantes,

cantinas e lanchonetes que devem estar adequados às boas práticas para os serviços de alimentação, conforme definido nos regulamentos vigentes sobre boas práticas para serviços de alimentação, como forma de garantir a segurança sanitária dos alimentos e das refeições.

Parágrafo único. Os locais de que trata o caput deste artigo devem redimensionar as ações desenvolvidas no cotidiano escolar, valorizando a alimentação como estratégia de promoção da saúde.

Art. 681. Para alcançar uma alimentação saudável no ambiente escolar, devem ser implementadas as seguintes ações:

I - definir estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas saudáveis;

II - sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos mais saudáveis;

III - desenvolver estratégias de informação às famílias, enfatizando sua co-responsabilidade e a importância de sua participação neste processo;

IV - conhecer, fomentar e criar condições para a adequação dos locais de produção e fornecimento de refeições às boas práticas para serviços de alimentação, considerando a importância do uso da água potável para consumo;

V - restringir a oferta e a venda de alimentos com alto teor de gordura, gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola;

VI - aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras;

VII - estimular e auxiliar os serviços de alimentação da escola na divulgação de opções saudáveis e no desenvolvimento de estratégias que possibilitem essas escolhas;

VIII - divulgar a experiência da alimentação saudável para outras escolas, trocando informações e vivências;

IX - desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional das crianças, com ênfase no desenvolvimento de

ações de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e educação nutricional; e

X - incorporar o tema alimentação saudável no projeto político pedagógico da escola, perpassando todas as áreas de estudo e propiciando experiências no cotidiano das atividades escolares.

Art. 682. As responsabilidades inerentes ao processo de implementação de alimentação saudável nas escolas devem ser compartilhadas entre o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO e o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação.

Art. 683. As competências das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde e de Educação, dos Conselhos Municipais e dos Estaduais de Saúde, de Educação e Alimentação Escolar devem ser pactuadas em fóruns locais de acordo com as especificidades identificadas.

Art. 684. Os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, instituições e entidades de ensino e pesquisa devem prestar apoio técnico e operacional aos Estados e aos Municípios na implementação da alimentação saudável nas escolas, incluindo a capacitação de profissionais de saúde e de educação, merendeiras, cantineiros, conselheiros de alimentação escolar e outros profissionais interessados.

Parágrafo único. Para fins deste artigo, os órgãos envolvidos poderão celebrar convênio com as referidas instituições de ensino e pesquisa.

Art. 685. A avaliação de impacto da alimentação saudável no ambiente escolar deve contemplar a análise de seus efeitos a curto, médio e longo prazos e deverá observar os indicadores pactuados no Pacto de Gestão da Saúde.

Seção IV

Da Alta Complexidade em Terapia Nutricional

Art. 686. Ficam instituídos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, mecanismos para a organização e a implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

Parágrafo único. A assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional será composta por:

I - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional; e

II - Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

Art. 687. As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional deverão proporcionar condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência hospitalar especializada a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização.

Parágrafo único. As aptidões e as atribuições das Unidades e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional serão regulamentadas pela Secretaria de Atenção à Saúde em ato próprio.

Art. 688. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde deverão adotar, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/01 - 2002, prevista na Seção I do Capítulo I deste Regulamento, as providências necessárias ao credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

Art. 689. A Câmara Técnica em Terapia Nutricional, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, tem por objetivo o acompanhamento da implantação e implementação do disposto neste Regulamento acerca da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

Art. 690. A assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional possuirá os seguintes instrumentos de gestão, regulamentados pela Secretaria de Atenção à Saúde:

I - Banco de Dados dos Usuários de Terapia Nutricional; e

II - Protocolos de Triagem e Avaliação Nutricional, Protocolos de Indicação de Terapia Nutricional e Protocolos para o Acompanhamento dos Pacientes em Terapia Nutricional.

Art. 691. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as medidas necessárias à implantação do disposto neste Regulamento.

Art. 692. Os processos de solicitação de habilitação dos estabelecimentos de saúde para realização dos procedimentos em Terapia Nutricional deverão ser aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB e encaminhados para apreciação da Coordenação Geral de Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada - DAE/SAS.

Art. 693. Os recursos orçamentários relativos à assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

I - Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena/Avançada - 10.302.1220.8585; e

II - Atenção à Saúde da População nos Municípios Não

Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Não-Habilitados em Gestão Plena/Avançada - 10.302.1220.8587.

CAPÍTULO VII

DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Seção I

Da Ética em Pesquisa

Subseção I

Das Pesquisas Envolvendo Seres Humanos

Art. 694. As diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos obedecerão ao disposto neste Regulamento.

Parágrafo único. O preâmbulo das diretrizes e normas de que trata o caput deste artigo consta do Anexo XCIII a este Regulamento.

Art. 695. Para fins deste Regulamento, no que concerne às pesquisas envolvendo seres humanos, são adotados os seguintes termos e definições:

I - pesquisa: classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável, que consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais está baseado o que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência;

II - pesquisa envolvendo seres humanos: pesquisas que, individual ou coletivamente, envolvam o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais;

III - pesquisas em reprodução humana: são aquelas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva da pessoa humana;

IV - protocolo de pesquisa: documento contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais, informações relativas ao sujeito da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis;

V - pesquisador responsável: pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem-estar dos sujeitos da pesquisa;

VI - instituição de pesquisa: organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada na qual são realizadas investigações científicas;

VII - promotor: indivíduo ou instituição responsável pela promoção da pesquisa;

VIII - patrocinador: pessoa física ou jurídica que apoia financeiramente a pesquisa;

IX - risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente;

X - dano associado ou decorrente da pesquisa: agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à coletividade, com nexos causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico;

XI - sujeito da pesquisa: é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração;

XII - consentimento livre e esclarecido: anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios

(simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa;

XIII - indenização: cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, causado pela pesquisa ao ser humano a ela submetida;

XIV - ressarcimento: cobertura, em compensação, exclusiva de despesas decorrentes da participação do sujeito na pesquisa;

XV - Comitês de Ética em Pesquisa - CEP: colegiados interdisciplinares e independentes, com múnus público, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos;

XVI- vulnerabilidade: refere-se a estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido; e

XVII - incapacidade: refere-se ao possível sujeito da pesquisa que não tenha capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente.

Art. 696. As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

Art. 697. A eticidade da pesquisa implica:

I - consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia), e neste último caso, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;

II - ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

III - garantia de que danos previsíveis serão evitados (não-maleficência); e

IV - relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade).

Art. 698. Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes deste Regulamento.

Parágrafo único. Os procedimentos referidos no caput deste artigo incluem, entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

Art. 699. A pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos, deverá observar as seguintes exigências:

I - ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;

II - estar fundamentada na experimentação prévia realizada em laboratórios, animais ou em outros fatos científicos;

III - ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;

IV - prevalecer sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis;

V - obedecer à metodologia adequada, se houver necessidade de distribuição aleatória dos sujeitos da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, a priori, não seja impossível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro através de revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;

VI - ter plenamente justificada, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não-maleficência e de necessidade metodológica;

VII - contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal;

VIII - contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do sujeito da pesquisa, devendo ainda haver adequação entre a competência do pesquisador e o projeto proposto;

IX - prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização, garantindo a não-utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômicofinanceiro;

X - ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena, com a ressalva de que indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada puder ser obtida através de sujeitos com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios diretos aos vulneráveis, casos em que o direito dos indivíduos ou grupos que queiram participar da pesquisa deve ser assegurado, desde que seja garantida a proteção à sua vulnerabilidade e incapacidade legalmente definida;

XI - respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades;

XII - garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, se traduzirão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão, e que o projeto deve analisar as necessidades de cada um dos membros da comunidade e as diferenças presentes entre eles, explicitando como será assegurado o respeito a essas diferenças;

XIII - garantir o retorno dos benefícios obtidos através das pesquisas para as pessoas e as comunidades nas quais as pesquisas forem realizadas e, quando no interesse da comunidade houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou às comunidades;

XIV - comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, sempre que eles puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a autoestima;

XV - assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, seja no acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

XVI - assegurar aos sujeitos da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento ou de orientação, conforme o caso, nas pesquisas de rastreamento, e demonstrar a preponderância de benefícios sobre riscos e custos;

XVII - assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto;

XVIII - comprovar, nas pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os sujeitos das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização, casos em que deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacionais corresponsáveis pela pesquisa, e cujo protocolo deverá observar as exigências da Declaração de Helsinque e incluir documento de aprovação, no país de origem, entre os apresentados para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição brasileira, que exigirá o cumprimento de seus próprios referenciais éticos, devendo os estudos do exterior também responder às necessidades de treinamento de pessoal no Brasil, para que o país possa desenvolver projetos similares de forma independente;

XIX - utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo;

XX - levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

XXI - considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objetivo fundamental da pesquisa;

XXII - propiciar, nos estudos multicêntricos, a participação dos pesquisadores que desenvolverão a pesquisa na elaboração do delineamento geral do projeto; e

XXIII - descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP que a aprovou.

Art. 700. O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Art. 701. Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

I - a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;

II - os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;

III - os métodos alternativos existentes;

IV - a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;

V - a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;

VI - a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;

VII - a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

VIII - as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa; e

IX - as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Art. 702. O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

I - ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;

II - ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referencia a investigação;

III - ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e

IV - ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

Art. 703. Nos casos em que qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessário para o adequado consentimento, deve-se ainda observar:

I - em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificação clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade;

II - a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregados, presidiários, internos em centros de readaptação, casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias;

III - nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;

IV - as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica só podem ser realizadas desde que estejam preenchidas as seguintes condições:

a) documento comprobatório da morte encefálica (atestado de óbito);

b) consentimento explícito dos familiares e/ou do responsável legal ou manifestação prévia da vontade da pessoa;

c) respeito total à dignidade do ser humano sem mutilação ou violação do corpo;

- d) sem ônus econômico-financeiro adicional à família;
- e) sem prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;
- f) possibilidade de obter conhecimento científico relevante, novo e que não possa ser obtido de outra maneira;

V - em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual; e

VI - quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado, justificado pelo pesquisador e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Parágrafo único. Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não poderão ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no consentimento.

Art. 704. Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco.

Parágrafo único. O dano eventual, decorrente da pesquisa, poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade.

Art. 705. Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

I - oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;

II - o risco se justifique pela importância do benefício esperado; e

III - o benefício seja maior ou, no mínimo, igual a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

Art. 706. As pesquisas sem benefício direto ao indivíduo devem prever condições de ser bem suportadas pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

Art. 707. O pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa não previsto no termo de consentimento.

Parágrafo único. Do mesmo modo, tão logo seja constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime.

Art. 708. O Comitê de Ética em Pesquisa da instituição deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

Art. 709. O pesquisador, o patrocinador e a instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

Art. 710. Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

Art. 711. Jamais poderá ser exigido do sujeito da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano.

Parágrafo único. O formulário do consentimento livre e esclarecido não deve conter nenhuma ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao sujeito da pesquisa abrir mão de seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

Art. 712. O protocolo a ser submetido à revisão ética somente poderá ser apreciado se estiver instruído com os seguintes documentos, em português:

I - folha de rosto: título do projeto, nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador, nome e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização;

II - descrição da pesquisa, compreendendo os seguintes itens:

a) descrição dos propósitos e das hipóteses a ser testadas;

b) antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa e, se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a

situação atual de registro junto a agências regulatórias do país de origem;

c) descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia);

d) análise crítica de riscos e benefícios;

e) duração total da pesquisa, a partir da aprovação;

f) explicação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador;

g) explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa;

h) local da pesquisa: detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nos quais se processarão as várias etapas da pesquisa;

i) demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes, com a concordância documentada da instituição;

j) orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador;

l) explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento, caso em que os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a etapa de patenteamento;

m) declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não;

n) declaração sobre o uso e a destinação do material e/ou dos dados coletados;

III - informações relativas ao sujeito da pesquisa:

a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de

saúde, classes e grupos sociais etc., expondo as razões para a utilização de grupos vulneráveis;

b) descrever os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa;

c) identificar as fontes de material de pesquisa, tais como espécimes, registros e dados a ser obtidos de seres humanos, indicando se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se será usado para outros fins;

d) descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a ser seguidos, fornecendo critérios de inclusão e exclusão;

e) apresentar formulário ou termo de consentimento, específico para a pesquisa, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem irá tratar de obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos sujeitos da pesquisa;

f) descrever qualquer risco, avaliando sua possibilidade e gravidade;

g) descrever as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual, e quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde no caso de danos aos indivíduos, descrevendo também os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade;

h) apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa, cuja respectiva importância não poderá ser de tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa;

IV - qualificação dos pesquisadores: curriculum vitae do pesquisador responsável e dos demais participantes; e

V - termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição de cumprir os termos deste Regulamento.

Art. 713. Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Art. 714. As instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, conforme suas necessidades.

Parágrafo único. Na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente dentre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/ MS.

Art. 715. A organização e criação do CEP será da competência da instituição, respeitadas as normas deste Regulamento, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento.

Art. 716. O CEP deverá ser constituído por colegiado com número não inferior a 7 (sete) membros, devendo sua constituição incluir a participação de profissionais da área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição.

Parágrafo único. Poderá variar na sua composição dependendo das especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a ser analisadas.

Art. 717. O CEP terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos.

§ 1º O CEP poderá ainda contar com consultores ad hoc, pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

§ 2º No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado um representante, como membro ad hoc do CEP, para participar da análise do projeto específico.

§ 3º Nas pesquisas em população indígena, deverá participar um consultor familiarizado com os costumes e tradições da comunidade.

Art. 718. Os membros do CEP deverão isentar-se da tomada de decisão quando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

Art. 719. A composição de cada CEP deverá ser definida a critério da instituição, sendo, pelo menos metade dos membros com experiência em pesquisa, eleitos pelos seus pares.

Parágrafo único. A escolha da coordenação de cada Comitê deverá ser feita pelos membros que compõem o colegiado, durante a primeira reunião de trabalho, cuja duração do mandato será de três anos, sendo permitida a recondução.

Art. 720. Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho dessa tarefa, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho do Comitê das outras obrigações nas instituições às quais prestam serviço, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação.

Art. 721. O CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

Art. 722. Os membros dos CEPs deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas.

Parágrafo único. Dada a autonomia na tomada de decisões, os membros dos CEPs não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa, devem isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflito de interesses.

Art. 723. São atribuições do CEP:

I - revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

II - emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, os documentos estudados e a data de revisão;

III - manter a guarda confidencial de todos os dados contidos na execução de sua tarefa e o arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

IV - acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores;

V - desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

VI - receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento, considerando-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou;

VII - requerer instauração de sindicância à direção da instituição em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, havendo comprovação, comunicar à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias;

VIII - manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS;

IX - examinar o protocolo, elaborar o parecer consubstanciado e encaminhar ambos à CONEP com a documentação completa conforme a Resolução CNS nº 196/96, itens VII. 13.a, b e VIII. 4.c.2, nas pesquisas com intervenção em:

a) reprodução assistida;

b) anticoncepção;

c) manipulação de gametas, pré-embriões, embriões e feto;

e d) medicina fetal.

§ 1º No tocante ao inciso II deste artigo, a revisão de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

I - aprovado;

II - com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;

III - retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

IV - não-aprovado; e

V - aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/ MS, nos casos previstos no inciso III do art. 730 deste Regulamento.

§ 2º Caberá à CONEP a aprovação final dos protocolos de que trata o inciso IX deste artigo.

Art. 724. Fica delegada ao CEP a aprovação das pesquisas envolvendo outras áreas de reprodução humana.

Parágrafo único. Nas pesquisas em Reprodução Humana, serão considerados "sujeitos da pesquisa" todos os que forem afetados pelos seus procedimentos.

Art. 725. A atuação do CEP ocorrerá da seguinte forma:

I - a revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica; e

II - cada CEP deverá elaborar suas normas de funcionamento, contendo metodologia de trabalho, a exemplo de: elaboração das atas; planejamento anual de suas atividades; periodicidade de reuniões; número mínimo de presentes para início das reuniões; prazos para emissão de pareceres; critérios para solicitação de consultas de experts na área em que se desejam informações técnicas; modelo de tomada de decisão etc.

Parágrafo único. No tocante ao inciso I deste artigo, a pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada pelo Comitê.

Art. 726. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP/MS é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa, independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde adotará as medidas necessárias para o funcionamento pleno da Comissão e de sua Secretaria Executiva.

Art. 727. A CONEP terá composição multi e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos e deverá ser composta por 13 (treze) membros titulares e respectivos suplentes, sendo 5 (cinco) deles personalidades destacadas no campo da ética na pesquisa e na saúde e 8 (oito), personalidades com destacada atuação nos campos teológico, jurídico e outros, assegurando-se que pelo menos um seja da área de gestão da saúde.

§1º Os membros serão selecionados, a partir de listas indicativas elaboradas pelas instituições que possuem CEPs registrados na CONEP, dos quais 7 (sete) serão escolhidos pelo Conselho Nacional de Saúde e 6 (seis) serão definidos por sorteio.

§2º A CONEP poderá contar também com consultores e membros ad hoc, assegurada a representação dos usuários.

§ 3º Cada CEP poderá indicar duas personalidades.

Art. 728. O mandato dos membros da CONEP será de quatro anos com renovação alternada a cada dois anos, de sete ou seis de seus membros.

Art. 729. Compete à CONEP o exame dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como a adequação e a atualização das normas atinentes.

Art. 730. A CONEP consultará a sociedade sempre que julgar necessário, cabendo-lhe, entre outras, as seguintes atribuições:

I - estimular a criação de CEPs institucionais e de outras instâncias;

II - registrar os CEPs institucionais e de outras instâncias;

III - aprovar, no prazo de 60 dias, e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais tais como:

a) genética humana;

b) reprodução humana;

c) fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no País (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações;

d) equipamentos, insumos e dispositivos para a saúde, novos, ou não registrados no País;

e) novos procedimentos ainda não consagrados na literatura;

f) populações indígenas;

g) projetos que envolvam aspectos de biossegurança;

h) pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior;

i) projetos que, a critério do CEP, devidamente justificados, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP;

IV - prover normas específicas no campo da ética em pesquisa, inclusive nas áreas temáticas especiais, bem como recomendações para aplicação dessas normas;

V - funcionar como instância final de recursos, a partir de informações fornecidas sistematicamente, em caráter ex-offício ou a partir de denúncias ou de solicitação de partes interessadas, devendo manifestar-se em um prazo não superior a 60 (sessenta) dias;

VI - rever responsabilidades, proibir ou interromper pesquisas, definitiva ou temporariamente, podendo requisitar protocolos para revisão ética inclusive os já aprovados pelo CEP;

VII - constituir um sistema de informação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos em todo o território nacional, mantendo atualizados os bancos de dados;

VIII - informar e assessorar o MS, o CNS e outras instâncias do SUS, bem como do governo e da sociedade, sobre questões éticas relativas à pesquisa em seres humanos;

IX - divulgar esta e outras normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

X - a CONEP, juntamente com outros setores do Ministério da Saúde, estabelecerá normas e critérios para o credenciamento de Centros de Pesquisa, credenciamento este que deverá ser proposto pelos setores do Ministério da Saúde, de acordo com suas necessidades, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde;
e

XI - estabelecer suas próprias normas de funcionamento.

Art. 731. A CONEP submeterá ao CNS para sua deliberação:

I - propostas de normas gerais a ser aplicadas às pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive modificações das normas contidas nesta Subseção;

II - plano de trabalho anual;

III - relatório anual de suas atividades, incluindo sumário dos CEP estabelecidos e dos projetos analisados.

Art. 732. Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações deste Regulamento e dos documentos endossados em seu preâmbulo.

Parágrafo único. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e compreende os aspectos éticos e legais.

Art. 733. Ao pesquisador cabe:

I - apresentar o protocolo, ao CEP, devidamente instruído, aguardando o pronunciamento deste antes de iniciar a pesquisa;

II - desenvolver o projeto conforme delineado;

III - elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

IV - apresentar os dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;

V - manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP;

VI - encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos, aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; e

VII - justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Art. 734. O Comitê de Ética em Pesquisa institucional deverá estar registrado junto à CONEP/MS.

Art. 735. Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser coresponsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa.

Art. 736. Consideram-se autorizados para execução os projetos aprovados pelo CEP, exceto os que se enquadrarem nas áreas temáticas especiais, os quais, após aprovação pelo CEP institucional, deverão ser enviados à CONEP/MS, que lhes dará o devido encaminhamento.

Art. 737. As pesquisas com novos medicamentos, vacinas, testes diagnósticos, equipamentos e dispositivos para a saúde deverão ser encaminhados do CEP à CONEP/MS e deste, após parecer, à Secretaria de Vigilância em Saúde.

Art. 738. As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo CEP e/ou pelo CONEP, quando for o caso.

Art. 739. Os CEPs institucionais deverão encaminhar trimestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e, imediatamente, aqueles suspensos.

Art. 740. Os CEPs das instituições devem proceder, no prazo de 90 (noventa) dias, ao levantamento e análise, se for o caso, dos projetos de pesquisa em seres humanos já em andamento, devendo encaminhar à CONEP/MS a relação desses projetos.

Subseção II

Das Pesquisas com Novos Fármacos, Medicamentos e Testes Diagnósticos

Art. 741. As normas de pesquisa envolvendo seres humanos para a área temática de pesquisa com novos fármacos, medicamentos e testes diagnósticos obedecerão ao disposto neste Regulamento.

Parágrafo único. São consideradas pesquisas com novos fármacos, medicamentos, vacinas ou testes diagnósticos as pesquisas com esses tipos de produtos em fase I, II ou III, ou não registrados no País, ainda que em fase IV, quando a pesquisa for referente ao seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas quando da autorização do registro, incluindo seu emprego em combinações, bem como os estudos de biodisponibilidade e/ou bioequivalência.

Art. 742. Ficam incorporados, passando a fazer parte do presente Regulamento, os termos a seguir referidos que constam da Resolução do Grupo Mercado Comum (GMC nº 129/96):

I - Fase I: é o primeiro estudo em seres humanos em pequenos grupos de pessoas voluntárias, em geral saudáveis, de um novo princípio ativo, ou nova formulação, pesquisado geralmente em pessoas voluntárias, e envolve pesquisas que se propõem estabelecer uma evolução preliminar da segurança e do perfil farmacocinético e, quando possível, um perfil farmacodinâmico;

II - Fase II: é o Estudo Terapêutico Piloto, cujos objetivos visam demonstrar a atividade e estabelecer a segurança a curto prazo do princípio ativo, em pacientes afetados por uma determinada enfermidade ou condição patológica;

III - Fase III: é o Estudo Terapêutico Ampliado, o qual consiste em estudos realizados em grandes e variados grupos de pacientes, com o objetivo de determinar:

a) o resultado do risco/benefício a curto e longo prazos das formulações do princípio ativo; e

b) de maneira global (geral) o valor terapêutico relativo.

IV - Fase IV: são pesquisas realizadas depois de comercializado o produto e/ou especialidade medicinal e executadas com base nas características com que foi autorizado o medicamento e/ou especialidade medicinal, consistindo, geralmente, de estudos de vigilância pós-comercialização, para estabelecer o valor terapêutico, o surgimento de novas reações adversas e/ou confirmação da frequência de surgimento das já conhecidas, e as estratégias de tratamento;

V- Farmacocinética: em geral, são todas as modificações que um sistema biológico produz em um princípio ativo e, operativamente, é o estudo da cinética (relação quantitativa entre a variável independente tempo e a variável dependente concentração) dos processos de absorção, distribuição, biotransformação e excreção dos medicamentos (princípios ativos e/ou seus metabolitos);

VI - Farmacodinâmica: são todas as modificações que um princípio ativo produz em um sistema biológico e, do ponto de vista prático, é o estudo dos efeitos bioquímicos e fisiológicos dos medicamentos e seus mecanismos de ação;

VII - Margem de Segurança: é o indicador farmacodinâmico que expressa a diferença entre a dose tóxica (por exemplo DL 50) e a dose efetiva (por exemplo DE 50); e

VIII - Margem Terapêutica: é a relação entre a dose máxima tolerada, ou também tóxica, e a dose terapêutica (dose tóxica/dose terapêutica) e, em farmacologia clínica, emprega-se como equivalente de Índice Terapêutico.

§ 1º As pesquisas realizadas na Fase II de que trata o inciso II deste artigo realizam-se em um número limitado (pequeno) de pessoas e frequentemente são seguidas de um estudo de administração, sendo possível, também, estabelecerem-se as relações dose-resposta, com o objetivo de obter sólidos antecedentes para a descrição de estudos terapêuticos ampliados (Fase III).

§ 2º Exploram-se na Fase III, de que trata o inciso III deste artigo, o tipo e o perfil das reações adversas mais frequentes, assim como características especiais do medicamento e/ou especialidade medicinal, por exemplo: interações clinicamente relevantes e principais fatores modificatórios do efeito tais como idade etc.

§ 3º Nas pesquisas de Fase IV, de que trata o inciso IV deste artigo, devem-se seguir as mesmas normas éticas e científicas aplicadas às pesquisas de fases anteriores.

§ 4º Depois que um medicamento e/ou especialidade medicinal tiver sido comercializado, as pesquisas clínicas desenvolvidas (Fase IV) para explorar novas indicações, novos métodos de administração ou novas combinações (associações) etc. são consideradas como pesquisa de novo medicamento e/ou especialidade medicinal.

Art. 743. A responsabilidade indelegável e intransferível do pesquisador que realiza pesquisas com novos fármacos, medicamentos, vacinas ou testes diagnósticos é a mesma prevista na Subseção I da Seção I do Capítulo VII deste Regulamento.

Art. 744. O pesquisador responsável deverá:

I - apresentar ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP o projeto de pesquisa completo, nos termos dispostos na Subseção I da Seção I do Capítulo VII deste Regulamento;

II - manter em arquivo, respeitando a confidencialidade e o sigilo as fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por 5 anos, após o término da pesquisa;

III - apresentar relatório detalhado, sempre que solicitado ou estabelecido pelo CEP, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP ou pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS;

IV - comunicar ao CEP a ocorrência de efeitos colaterais e/ou de reações adversas não esperadas;

V - comunicar também propostas de eventuais modificações no projeto e/ou justificativa de interrupção, aguardando a apreciação do CEP, exceto em caso urgente para salvaguardar a proteção dos sujeitos da pesquisa, devendo então ser comunicado o CEP a posteriori, na primeira oportunidade;

VI - colocar à disposição do CEP, da CONEP e da SVS/MS toda informação devidamente requerida;

VII - proceder à análise contínua dos resultados, à medida que prossegue a pesquisa, com o objetivo de detectar o mais cedo possível benefícios de um tratamento sobre outro ou para evitar efeitos adversos em sujeitos de pesquisa;

VIII - apresentar relatórios periódicos dentro de prazos estipulados pelo CEP havendo, no mínimo, relatório semestral e relatório final;

IX - dar acesso aos resultados de exames e de tratamento ao médico do paciente e/ou ao próprio paciente sempre que solicitado e/ou indicado; e

X - recomendar que a mesma pessoa não seja sujeito de pesquisa em novo projeto antes de decorrido um ano de sua participação em pesquisa anterior, a menos que possa haver benefício direto ao sujeito da pesquisa.

Art. 745. O protocolo deve conter todos os itens referidos no art. 712 deste Regulamento e ainda as informações farmacológicas básicas adequadas à fase do projeto, em cumprimento da Res. GMC 129/96 - Mercosul, incluindo:

I - especificação e fundamentação da fase de pesquisa clínica na qual se realizará o estudo, demonstrando que fases anteriores já foram cumpridas;

II - descrição da substância farmacológica ou produto em investigação, incluindo a fórmula química e/ou estrutural e um breve sumário das propriedades físicas, químicas e farmacêuticas

relevantes, mencionado quaisquer semelhanças estruturais com outros compostos conhecidos;

III - apresentação detalhada da informação pré-clínica necessária para justificar a fase do projeto, contendo relato dos estudos experimentais (materiais e métodos, animais utilizados, testes laboratoriais, dados referentes à farmacodinâmica, margem de segurança, margem terapêutica, farmacocinética e toxicologia, no caso de drogas, medicamentos ou vacinas), devendo os resultados pré-clínicos ser acompanhados de uma discussão quanto à relevância dos achados em conexão com os efeitos terapêuticos esperados e os possíveis efeitos indesejados em humanos;

IV - os dados referentes à toxicologia pré-clínica compreendem o estudo da toxicidade aguda, subaguda a doses repetidas e toxicidade crônica (doses repetidas);

V - os estudos de toxicidade deverão ser realizados pelo menos em 3 espécies animais, de ambos os sexos, das quais uma deverá ser de mamífero não-roedor;

VI - no estudo da toxicidade aguda, deverão ser utilizadas duas vias de administração, devendo uma delas estar relacionada com a recomendada para o uso terapêutico proposto e a outra, ser uma via que assegure a absorção do fármaco;

VII - no estudo da toxicidade subaguda e a doses repetidas e da toxicidade crônica, a via de administração deverá estar relacionada com a proposta de emprego terapêutico: a duração do experimento deverá ser de no mínimo 24 semanas;

VIII - na fase pré-clínica, os estudos da toxicidade deverão abranger também a análise dos efeitos sobre a fertilidade, a embriotoxicidade, a atividade mutagênica, o potencial oncogênico (carcinogênico) e ainda outros estudos, de acordo com a natureza do fármaco e da proposta terapêutica;

IX - de acordo com a importância do projeto, tendo em vista a premência de tempo, e na ausência de outros métodos terapêuticos, o CEP poderá aprovar projetos sem cumprimento de todas as fases da farmacologia clínica, caso em que deverá haver também aprovação da CONEP e da SVS/MS;

X - informação quanto à situação das pesquisas e do registro do produto no país de origem;

XI - apresentação das informações clínicas detalhadas obtidas durante as fases prévias, relacionadas à segurança, à farmacodinâmica, à eficácia, à dose-resposta, observadas em estudos no ser humano, quer sejam voluntários sadios quer sejam pacientes e, se possível, cada ensaio deve ser resumido individualmente, com descrição de objetivos, desenho, método, resultados (segurança e eficácia) e conclusões e, quando o número de estudos for elevado, resumir em grupos por fase para facilitar a discussão dos resultados e de suas implicações;

XII - justificativa para o uso de placebo e eventual suspensão de tratamento (washout);

XIII - assegurar, por parte do patrocinador ou, na sua inexistência, por parte da instituição, pesquisador ou promotor, acesso ao medicamento em teste, caso se comprove sua superioridade em relação ao tratamento convencional;

XIV - em estudos multicêntricos o pesquisador deve, na medida do possível, participar do delineamento do projeto antes de ser iniciado e, caso não seja possível, deve declarar que concorda com o delineamento já elaborado e que o seguirá;

XV - o pesquisador deve receber do patrocinador todos os dados referentes ao fármaco;

XVI - o financiamento não deve estar vinculado a pagamento per capita dos sujeitos efetivamente recrutados;

XVII - o protocolo deve ser acompanhado do termo de consentimento: quando se tratar de sujeitos cuja capacidade de autodeterminação não seja plena, além do consentimento do responsável legal, deve ser levada em conta a manifestação do próprio sujeito, ainda que com capacidade reduzida (por exemplo, idoso) ou não desenvolvida (por exemplo, criança);

XVIII - pesquisa em pacientes psiquiátricos: o consentimento, sempre que possível, deve ser obtido do próprio paciente.

Parágrafo único. No tocante ao inciso XVIII deste artigo, é imprescindível que, para cada paciente psiquiátrico candidato a participar da pesquisa, se estabeleça o grau de capacidade de expressar o consentimento livre e esclarecido, avaliado por profissional psiquiatra e que não seja pesquisador envolvido no projeto e, no caso de drogas com ação psicofarmacológica, deve ser feita análise crítica quanto aos riscos eventuais de se criar dependência.

Art. 746. Para incluir na pesquisa de sujeitos sadios, deve-se:

I - justificar a necessidade de sua inclusão no projeto de pesquisa, analisar criticamente os riscos envolvidos;

II - descrever as formas de recrutamento, não devendo haver situação de dependência; e

III - no caso de drogas com ação psicofarmacológica, analisar criticamente os riscos de se criar dependência.

Art. 747. Nas pesquisas com novos fármacos, medicamentos e testes diagnósticos, o CEP assumirá com o pesquisador a co-responsabilidade pela preservação de condutas eticamente corretas no projeto e no desenvolvimento da pesquisa, cabendo-lhe ainda:

I - emitir parecer consubstanciado apreciando o embasamento científico e a adequação dos estudos das fases anteriores, inclusive pré-clínica, com ênfase na segurança, toxicidade, reações ou efeitos adversos, eficácia e resultados;

II - aprovar a justificativa do uso de placebo e washout;

III - solicitar ao pesquisador principal os relatórios parciais e final, estabelecendo os prazos (no mínimo um relatório semestral) de acordo com as características da pesquisa, enviando cópias dos relatórios à SVS/MS;

IV - no caso em que, para o recrutamento de sujeitos da pesquisa, se utilizem avisos em meios de comunicação, esses avisos deverão ser autorizados pelo CEP, não indicando, de forma implícita ou explícita, que o produto em investigação é eficaz e/ou seguro ou que é equivalente ou melhor que outros produtos existentes;

V - convocar sujeitos da pesquisa para acompanhamento e avaliação;

VI - requerer à direção da instituição a instalação de sindicância, a suspensão ou interrupção da pesquisa, comunicando o fato à CONEP e à SVS/MS;

VII - qualquer indício de fraude ou infringência ética de qualquer natureza deve levar o CEP a solicitar a instalação de Comissão de Sindicância e comunicar à CONEP, à SVS/MS e aos demais órgãos (direção da instituição, Conselhos Regionais pertinentes), os resultados;

VIII - comunicar à CONEP e à SVS/MS a ocorrência de eventos adversos graves; e

IX - comunicar à instituição a ocorrência ou existência de problemas de responsabilidade administrativa que possam interferir com a ética da pesquisa, em seguida, dar ciência à CONEP e à SVS/MS, e, se for o caso, aos Conselhos Regionais.

Art. 748. Fica delegado ao CEP a aprovação do ponto de vista da ética, dos projetos de pesquisa com novos fármacos, medicamentos e testes diagnósticos, devendo porém ser encaminhados à CONEP e à SVS/MS:

I - cópia do parecer consubstanciado de aprovação, com folha de rosto preenchida;

II - parecer sobre os relatórios parciais e final da pesquisa;

e III - outros documentos que, eventualmente, o próprio CEP, a CONEP ou a SVS considerem necessários.

Art. 749. Em pesquisas que abrangem pacientes submetidos a situações de emergência ou de urgência, caberá ao CEP aprovar previamente as condições ou limites em que se dará o consentimento livre e esclarecido, devendo o pesquisador comunicar oportunamente ao sujeito da pesquisa sua participação no projeto.

Art. 750. Caberá ao CEP avaliar se estão sendo asseguradas todas as medidas adequadas, nos casos de pesquisas em seres humanos cuja capacidade de autodeterminação seja ou esteja reduzida ou limitada.

Art. 751. A CONEP exercerá suas atribuições nos termos do previsto na Subseção I da Seção I do Capítulo VII deste Regulamento, com destaque para as seguintes atividades:

I - organizar, com base nos dados fornecidos pelos CEPs (parecer consubstanciado de aprovação, folha de rosto devidamente preenchida, relatórios parciais e final etc.) o sistema de informação e acompanhamento;

II - organizar sistema de avaliação e acompanhamento das atividades do CEP, sistema esse que deverá também servir para intercâmbio de informações e troca de experiência entre os CEPs, e será disciplinado por normas específicas da CONEP, tendo, porém, a característica de atuação interpares, isto é, realizado por membros dos diversos CEPs, com relatório à CONEP;

III - comunicar às autoridades competentes, em particular à Secretária de Vigilância em Saúde/MS, para adoção das medidas cabíveis, os casos de infração ética apurados na execução dos projetos de pesquisa;

IV - prestar as informações necessárias aos órgãos do Ministério da Saúde, em particular à Secretaria de Vigilância em Saúde, para o pleno exercício das suas respectivas atribuições, no que se refere às pesquisas abrangidas pelo presente Regulamento.

Art. 752. A Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, exercerá suas atribuições nos termos do disposto na Subseção I da Seção I do Capítulo VII deste Regulamento, com destaque para as seguintes atividades:

I - comunicar, por escrito, à CONEP os eventuais indícios de infração de natureza ética que sejam observados ou detectados durante a execução dos projetos de pesquisa abrangidos pelo presente Regulamento;

II - prestar, quando solicitado ou julgado pertinente, as informações necessárias para o pleno exercício das atribuições da CONEP;

III - nos casos de pesquisas envolvendo situações para as quais não há tratamento consagrado ("uso humanitário" ou "por compaixão") poderá vir a ser autorizada a liberação do produto, em caráter de emergência, desde que tenha havido aprovação pelo CEP, ratificada pela CONEP e pela SVS/MS;

IV - normatizar seus procedimentos operacionais internos, visando o efetivo controle sanitário dos produtos objeto de pesquisa clínica.

Subseção III

Das Pesquisas Envolvendo Genética Humana

Art. 753. As diretrizes para a análise ética e a tramitação dos projetos de pesquisa da área temática especial de genética humana estão previstas nos termos deste Regulamento.

Art. 754. A pesquisa em genética humana é a que envolve a produção de dados genéticos ou proteômicos de seres humanos, podendo apresentar várias formas:

I - pesquisa de mecanismos genéticos básicos: estudos sobre localização, estrutura, função e expressão de genes humanos e da organização cromossômica;

II - pesquisa em genética clínica: pesquisa que consiste no estudo descritivo de sujeitos individualmente e/ou em suas famílias, visando elucidar determinadas condições de provável etiologia genética, podendo envolver análise de informações clínicas e testes de material genético;

III - pesquisa em genética de populações: estudos da variabilidade genética normal ou patológica em grupos de indivíduos e da relação entre esses grupos e uma condição particular;

IV - pesquisas moleculares humanas: pesquisas que envolvem testes moleculares associados ou não a doenças, estudos genéticos ou epigenéticos dos ácidos nucleicos (DNA e RNA) ou de proteínas visando a novos tratamentos ou à prevenção de desordens genéticas, de outras patologias ou à identificação de variabilidade molecular;

V - pesquisa em terapia gênica e celular: introdução de moléculas de DNA ou RNA recombinante em células somáticas humanas in vivo (terapia gênica in vivo) ou células somáticas humanas in vitro e posterior transferência dessas células para o organismo (terapia gênica ex vivo) e pesquisas com células-tronco humanas com modificações genéticas; e

VI - pesquisa em genética do comportamento: estudo com o objetivo de estabelecer possíveis relações entre características genéticas e comportamento humano.

Parágrafo único. Todo procedimento relacionado à genética humana, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes deste Regulamento, incluindo-se procedimentos de genética em reprodução assistida, não regulados pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 755. No tocante aos aspectos éticos, a finalidade precípua das pesquisas em genética deve estar relacionada ao acúmulo do conhecimento científico que permita aliviar o sofrimento e melhorar a saúde dos indivíduos e da humanidade.

Art. 756. A pesquisa genética produz uma categoria especial de dados por conter informação médica, científica e pessoal e deve por isso ser avaliado o impacto do seu conhecimento sobre o

indivíduo, a família e a totalidade do grupo a que o indivíduo pertença.

Art. 757. Devem ser previstos mecanismos de proteção dos dados visando evitar a estigmatização e a discriminação de indivíduos, famílias ou grupos.

Art. 758. As pesquisas envolvendo testes preditivos deverão ser precedidas, antes da coleta do material, de esclarecimentos sobre o significado e o possível uso dos resultados previstos.

Art. 759. Aos sujeitos de pesquisa deve ser oferecida a opção de escolher entre ser informados ou não sobre resultados de seus exames.

Art. 760. Os projetos de pesquisa deverão ser acompanhados de proposta de aconselhamento genético, quando for o caso.

Art. 761. Aos sujeitos de pesquisa, cabe autorizar ou não o armazenamento de dados e materiais coletados no âmbito da pesquisa, após informação dos procedimentos definidos na Resolução sobre armazenamento de materiais biológicos.

Art. 762. Todo indivíduo pode ter acesso a seus dados genéticos, assim como tem o direito de retirá-los de bancos onde se encontrem armazenados, a qualquer momento.

Art. 763. Para que dados genéticos individuais sejam irreversivelmente dissociados de qualquer indivíduo identificável, deve ser apresentada justificativa para tal procedimento para avaliação pelo CEP e pela CONEP.

Art. 764. Nos casos de aprovação de desassociação de dados genéticos pelo CEP e pela CONEP, deve haver esclarecimento ao sujeito de pesquisa sobre as vantagens e desvantagens da dissociação e Termo de Consentimento específico para esse fim.

Art. 765. Deve ser observado o art. 711 deste Regulamento, inclusive no que se refere a eventual registro de patentes.

Art. 766. Os dados genéticos resultantes de pesquisa associados a um indivíduo identificável não poderão ser divulgados nem ficar acessíveis a terceiros, notadamente a empregadores, empresas seguradoras e instituições de ensino, e também não devem ser fornecidos para cruzamento com outros dados armazenados para propósitos judiciais ou outros fins, exceto quando for obtido o consentimento do sujeito da pesquisa.

Art. 767. Dados genéticos humanos coletados em pesquisa com determinada finalidade só poderão ser utilizados para outros fins se for obtido o consentimento prévio do indivíduo doador ou seu representante legal e mediante a elaboração de novo protocolo de pesquisa, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e, se for o caso, da CONEP.

Parágrafo único. Nos casos em que não for possível a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, deve ser apresentada justificativa para apreciação pelo CEP.

Art. 768. Quando houver fluxo de dados genéticos humanos entre instituições deve ser estabelecido acordo entre elas de modo a favorecer a cooperação e o acesso equitativo aos dados.

Art. 769. Dados genéticos humanos não devem ser armazenados por pessoa física, requerendo a participação de instituição idônea responsável que garanta proteção adequada.

Art. 770. Os benefícios do uso de dados genéticos humanos coletados no âmbito da pesquisa, incluindo os estudos de genética de populações, devem ser compartilhados entre a comunidade envolvida, internacional ou nacional, em seu conjunto.

Art. 771. As pesquisas com intervenção para modificação do genoma humano só poderão ser realizadas em células somáticas.

Art. 772. Quanto aos protocolos de pesquisa, as pesquisas da área de genética humana devem ser submetidas à apreciação do CEP e, quando for o caso, da CONEP com protocolos completos, de acordo com o art. 712 deste Regulamento, não sendo aceitos como emenda, adendo ou subestudo de protocolo de outra área, devendo ainda incluir:

I - justificativa da pesquisa;

II - como os genes/segmentos do DNA ou do RNA ou produtos gênicos em estudo se relacionam com eventual condição do sujeito da pesquisa;

III - explicitação clara dos exames e testes que serão realizados e indicação dos genes/segmentos do DNA ou do RNA ou de produtos gênicos que serão estudados;

IV - justificativa para a escolha e tamanho da amostra, particularmente quando se tratar de população ou grupo

vulnerável e de culturas diferenciadas (grupos indígenas, por exemplo);

V - formas de recrutamento dos sujeitos da pesquisa e de controles, quando for o caso;

VI - análise criteriosa dos riscos e benefícios atuais e potenciais para o indivíduo, o grupo e gerações futuras, quando couber;

VII - informações quanto ao uso, armazenamento ou outros destinos do material biológico;

VIII - medidas e cuidados para assegurar a privacidade e evitar qualquer tipo ou situação de estigmatização e discriminação do sujeito da pesquisa, da família e do grupo;

IX - explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas e quanto à propriedade industrial, quando couber;

X - descrição do plano de aconselhamento genético e acompanhamento clínico, quando indicado, incluindo nomes e contatos dos profissionais responsáveis, tipo de abordagens de acordo com situações esperadas, consequências para os sujeitos e condutas previstas, devendo os profissionais responsáveis pelo aconselhamento genético e acompanhamento clínico ter a formação profissional e as habilitações exigidas pelos conselhos profissionais e sociedades de especialidade;

XI - justificativa de envio do material biológico e/ou dados obtidos para outras instituições, nacionais ou no exterior, com indicação clara do tipo de material e/ou dados, bem como a relação dos exames e testes a ser realizados, esclarecendo as razões pelas quais os exames ou testes não podem ser realizados no Brasil, quando for o caso; e

XII - em projetos cooperativos internacionais, descrição das oportunidades de transferência de tecnologia.

Art. 773. O TCLE deve ser elaborado de acordo com o disposto nos arts. 700 a 703 deste Regulamento, com enfoque especial nos seguintes itens:

I - explicitação clara dos exames e testes que serão realizados, indicação dos genes/segmentos do DNA ou do RNA ou produtos gênicos que serão estudados e sua relação com eventual condição do sujeito da pesquisa;

II - garantia de sigilo, privacidade e, quando for o caso, anonimato;

III - plano de aconselhamento genético e acompanhamento clínico, com a indicação dos responsáveis, sem custos para os sujeitos da pesquisa;

IV - tipo e grau de acesso aos resultados por parte do sujeito, com opção de tomar ou não conhecimento dessas informações;

V - no caso de armazenamento do material, a informação deve constar do TCLE, explicitando a possibilidade de ser usado em novo projeto de pesquisa, sendo indispensável que conste também que o sujeito será contatado para conceder ou não autorização para uso do material em futuros projetos e que, quando não for possível, o fato será justificado perante o CEP, explicitando também que o material somente será utilizado mediante aprovação do novo projeto pelo CEP e pela CONEP (quando for o caso);

VI - informação quanto a medidas de proteção de dados individuais, resultados de exames e testes, bem como do prontuário, que somente serão acessíveis aos pesquisadores envolvidos e que não será permitido o acesso a terceiros (seguradoras, empregadores, supervisores hierárquicos etc.);

VII - informação quanto a medidas de proteção contra qualquer tipo de discriminação e/ou estigmatização, individual ou coletiva; e

VIII - em investigações familiares deverá ser obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada indivíduo estudado.

Art. 774. Cabe ao CEP, conforme o disposto nos arts. 713 a 724 deste Regulamento, a análise dos projetos de pesquisa, assumindo co-responsabilidade no que diz respeito aos aspectos éticos.

Art. 775. Cabe ao CEP devolver de imediato ao pesquisador o protocolo que não contiver todas as informações relevantes (art. 712 e arts. 755 a 772 deste Regulamento).

Art. 776. Cabe à CONEP a aprovação final das pesquisas em genética humana que incluam:

I - envio para o exterior de material genético ou qualquer material biológico humano para obtenção de material genético;

II - armazenamento de material biológico ou dados genéticos humanos no exterior e no País, quando de forma conveniada com instituições estrangeiras ou em instituições comerciais;

III - alterações da estrutura genética de células humanas para utilização in vivo;

IV - pesquisas na área da genética da reprodução humana (reprogenética);

V - pesquisas em genética do comportamento; e

VI - pesquisas em que esteja prevista a dissociação irreversível dos dados dos sujeitos da pesquisa.

Art. 777. Nos casos previstos no artigo imediatamente anterior o CEP deverá examinar o protocolo, elaborar o parecer consubstanciado e enviar ambos à CONEP com a documentação completa, conforme o previsto nos incisos I e II do art. 772 e na alínea "a" do inciso III do art. 730 deste Regulamento.

Parágrafo único. O pesquisador deve ser informado que deverá aguardar o parecer da CONEP para início da execução do projeto.

Art. 778. Fica delegada ao CEP a aprovação final dos projetos de genética humana que não se enquadrem no artigo imediatamente anterior.

Parágrafo único. Nesses casos, o CEP deve enviar à CONEP a folha de rosto e o parecer consubstanciado final, seja de aprovação seja de não-aprovação.

Art. 779. A remessa de material para o exterior deve obedecer às disposições normativas e legais do País.

Subseção IV

Das Pesquisas com Armazenamento de Materiais

Art. 780. A análise ética de projetos de pesquisa que envolva armazenamento de materiais ou uso de materiais armazenados em pesquisas anteriores obedecerá às seguintes diretrizes:

I - quando, em projetos de pesquisa, estiver previsto o armazenamento de materiais biológicos humanos para investigações futuras, além dos pontos previstos na Subseção I da Seção I do Capítulo VII deste Regulamento, devem ser apresentados:

- a) justificativa quanto à necessidade e oportunidade para usos futuros;
- b) consentimento dos sujeitos da pesquisa doadores do material biológico, autorizando a guarda do material;
- c) declaração de que toda nova pesquisa a ser feita com o material será submetida para aprovação do CEP da instituição e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP;
- d) norma ou regulamento elaborado pela instituição depositária para armazenamento de materiais biológicos humanos.

II - o material biológico será armazenado sob a responsabilidade da instituição depositária, que deverá ter norma ou regulamento aprovado pelo CEP dessa instituição, que deverá incluir:

- a) definição dos responsáveis pela guarda e pela autorização de uso do material;
- b) mecanismos que garantam sigilo e respeito à confidencialidade (codificação);
- c) mecanismos que assegurem a possibilidade de contato com os doadores para fornecimento de informação de seu interesse (por exemplo, resultados de exames para acompanhamento clínico ou aconselhamento genético) ou para a obtenção de consentimento específico para uso em novo projeto de pesquisa;

III - o armazenamento poderá ser autorizado pelo período de 5 anos, quando houver aprovação do projeto pelo CEP e, quando for o caso, pela CONEP, podendo haver renovação mediante solicitação da instituição depositária, acompanhada de justificativa e relatório das atividades de pesquisa desenvolvidas com o material;

IV - no caso de pesquisa envolvendo mais de uma instituição, deve haver acordo entre as instituições participantes, contemplando formas de operacionalização e de utilização do material armazenado;

V - no caso de armazenamento e/ou formação do banco de material biológico no exterior, deve ser obedecida a legislação vigente para remessa de material para o exterior e ser apresentado o regulamento para análise do CEP quanto ao atendimento dos requisitos do inciso II;

VI - sobre o uso de amostras armazenadas:

a) amostras armazenadas podem ser usadas em novas pesquisas aprovadas pelo CEP e, quando for o caso, pela CONEP;

b) os protocolos de pesquisa que pretendam utilizar material armazenado devem incluir:

1. justificativa do uso do material;

2. descrição da sistemática de coleta e armazenamento, com definição de data de início ou período;

3. cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCLE obtido quando da pesquisa em que foi colhido o material, incluindo autorização de armazenamento e possível uso futuro, se o armazenamento ocorreu a partir de pesquisa aprovada depois da Resolução CNS nº 196/96;

4. TCLE específico para nova pesquisa: em caso de impossibilidade da obtenção do consentimento específico para nova pesquisa (doador falecido, tentativas anteriores de contato sem sucesso ou outros) devem ser apresentadas as justificativas como parte do protocolo para apreciação do CEP, que dispensará ou não o consentimento individual; e

VII - no caso de material biológico para cujo armazenamento se dispõe de normas da ANVISA, estas devem também ser observadas.

Parágrafo único. No que diz respeito ao inciso V, o pesquisador e a instituição brasileiros deverão ser considerados como cotistas do banco, com direito de acesso a este para futuras pesquisas e o material armazenado não poderá ser considerado como propriedade exclusiva de país ou instituição depositária.

Subseção V

Das Pesquisas Coordenadas do Exterior ou com Participação Estrangeira

Art. 781. As pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e as que envolvam remessa de material biológico para o exterior obedecerão ao disposto neste Regulamento, em complemento ao estabelecido na Subseção I da Seção I do Capítulo VII deste Regulamento.

§ 1º São consideradas pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira, as que envolvem, na sua promoção e/ou execução:

I - a colaboração de pessoas físicas ou jurídicas estrangeiras, sejam públicas ou privadas;

II - o envio e/ou recebimento de materiais biológicos oriundos do ser humano;

III - o envio e/ou recebimento de dados e informações coletadas para agregação nos resultados da pesquisa; e

IV - os estudos multicêntricos internacionais.

§ 2º Respeitadas as condições acima, não se incluem nessa área temática:

I - pesquisas totalmente realizada no País por pesquisador estrangeiro que pertença ao corpo técnico de entidade nacional;

II - pesquisas desenvolvidas por multinacional com sede no País.

Art. 782. Em todas as pesquisas deve-se:

I - comprovar a participação brasileira e identificar o pesquisador e instituição nacionais corresponsáveis;

II - explicitar as responsabilidades, os direitos e obrigações, mediante acordo entre as partes envolvidas.

Art. 783. O disposto nesta Subseção incorpora todas as disposições contidas na Subseção I da Seção I do Capítulo VII deste Regulamento, da qual é parte complementar da área temática específica.

Parágrafo único. As Resoluções do Conselho Nacional de Saúde referentes a outras áreas temáticas simultaneamente contempladas na pesquisa deverão ser cumpridas, no que couber.

Art. 784. Os ônus e benefícios advindos do processo de investigação e dos resultados da pesquisa devem ser distribuídos de forma justa entre as partes envolvidas, e devem estar explicitados no protocolo.

Art. 785. O pesquisador e a instituição nacionais devem estar atentos às normas e disposições legais sobre remessa de material

para o exterior e às que protegem a propriedade industrial e/ou transferência tecnológica, mormente à Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996, que regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial, e ao Decreto nº 2.553, de 16 de abril de 1998, que a regulamenta, e à Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, sobre direito autoral, explicitando, quando couber, os acordos estabelecidos, além das normas legais vigentes sobre remessa de material biológico para o exterior.

Art. 786. Durante o decurso da pesquisa, os patrocinadores e os pesquisadores devem comunicar aos Comitês de Ética em Pesquisa - CEP informações relevantes de interesse público, independentemente dos relatórios periódicos previstos.

Art. 787. Na elaboração do protocolo, deve-se zelar de modo especial pela apresentação dos seguintes itens:

I - documento de aprovação emitido por Comitê de Ética em Pesquisa ou equivalente de instituição do país de origem, que promoverá ou que também executará o projeto;

II - quando não estiver previsto o desenvolvimento do projeto no país de origem, a justificativa deve ser colocada no protocolo para apreciação do CEP da instituição brasileira;

III - detalhamento dos recursos financeiros envolvidos: fontes (se internacional e estrangeira e se há contrapartida nacional/institucional), forma e valor de remuneração do pesquisador e outros recursos humanos, gastos com infraestrutura e impacto na rotina do serviço de saúde da instituição onde se realizará, devendo-se evitar, na medida do possível, que o aporte de recursos financeiros crie situações de discriminação entre profissionais e/ou entre usuários, uma vez que esses recursos podem conduzir a benefícios extraordinários para os participantes e sujeitos da pesquisa;

IV - declaração do promotor ou patrocinador, quando houver, de compromisso em cumprir os termos das resoluções do CNS relativas à ética na pesquisa que envolve seres humanos;

V - declaração do uso do material biológico e dos dados e informações coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, de todos os que vão manipular o material; e

VI - parecer do pesquisador sobre o protocolo, caso tenha sido impossível a sua participação no delineamento do projeto.

Art. 788. Dentro das atribuições previstas na alínea h do inciso III do art. 730 deste Regulamento, cabe à CONEP, após a aprovação do CEP institucional, apreciar as pesquisas enquadradas nessa área temática, ainda que simultaneamente enquadradas em outras.

Parágrafo único. Os casos omissos, referentes aos aspectos éticos da pesquisa, serão resolvidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Seção II

Da Participação Comunitária

Art. 789. A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS, para implementação nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal -, obedecerá ao disposto no Anexo XCIV a este Regulamento CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS Art. 790. As dúvidas acerca deste Regulamento e os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos do Ministério da Saúde.

ANEXOS DO REGULAMENTO DO SUS

ANEXO I

1. INTRODUÇÃO

Esta Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.

Fundamenta-se, para tanto, no texto constitucional, nas leis que regulamentam o SUS - a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir a Lei, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993.

A construção do SUS é um processo, no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços vem assumindo dimensões bastante complexas. Por essa razão, tem como fundamentos os seguintes pressupostos:

a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e

estabelecimento de novas práticas entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas; o controle social;

b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;

c) o estabelecimento desta nova prática requer a existência e o funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritórios e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;

d) a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde.

e) a transformação do sistema de saúde comporta rupturas bruscas que desorganizam as práticas atuais antes de se instaurarem novas, impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os Estados e Municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção á saúde da população.

f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo de assistência hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.

g) a regionalização deve ser entendida como articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos Municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Considerando que os Municípios, os Estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esta forma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e

aprimorar suas condições de gestão com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.

Tais procedimentos e instrumentos configuram a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS nos Municípios, dentro de um novo sistema de relacionamento entre as três esferas de governo, descritas e disciplinadas nos itens desta Norma e em outros instrumentos complementares que se fizerem necessários.

2. DO GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

O gerenciamento do processo de descentralização no SUS, atendendo aos pressupostos apresentados, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde, respectivamente, estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir.

2.1. No âmbito nacional:

2.1.1. Comissão Intergestores Tripartite - integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

2.1.2. Conselho Nacional de Saúde - constituído em conformidade com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução, da Política Nacional de Saúde.

2.2. No âmbito estadual:

2.2.1. Comissão Integestores Bipartite - integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

2.2.1.1. O Secretário de Saúde do Município da capital será considerado membro nato desta Comissão.

2.2.1.2. Cada Estado contará com uma Comissão Bipartite cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas

pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

2.2.2. Conselho Estadual de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formação de estratégias no controle da execução da Política Estadual de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei estadual, observado o disposto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

2.3. No âmbito municipal:

2.3.1. Conselho Municipal de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal de Saúde, observado o disposto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

2.4. Fluxo decisório Além do papel de cada um desses foros em seu âmbito próprio, a dinâmica do financiamento do processo de descentralização requer uma articulação entre eles como segue.

2.4.1. Todos os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite. Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido à Comissão Tripartite, quer do Conselho Estadual de Saúde, quer do Conselho Nacional de Saúde para resolução.

2.5. O Conselho Nacional de Saúde poderá ser tomado como instância de recurso em qualquer tempo, ficando a seu critério consultar ou delegar à Comissão Tripartite a resolução do problema.

2.6. Os acordos firmados pela Comissão Bipartite e aprovados pelo Conselho Nacional ou Estadual de Saúde prevalecerão sobre as disposições desta Norma, desde que não contrariem os dispositivos legais e considerem as diretrizes contidas no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei.

3. DO FINANCIAMENTO COM RECURSOS ARRECADADOS PELA UNIÃO

3.1. O financiamento das atividades ambulatoriais dar-se-á da seguinte forma:

3.1.1. as ações e serviços ambulatoriais e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeados através do Sistema de Financiamento Ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo - APA, que constará em Ordem de Serviço específica e sua emissão exclusivamente por encarregado pelo gestor para este fim.

3.1.2. A Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, destinada a definir os valores a ser repassados aos Estados, ao Distrito e aos Municípios é fixada através de resolução da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, considerando a classificação dos Estados, com base nas características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior, ouvida a Comissão Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

3.1.2.1. O valor nominal da UCA será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de Saúde, como estabelecido pelo Decreto nº 806, de 24 de abril de 1993.

3.1.2.2. Sempre que os valores da tabela de procedimentos ambulatoriais forem alterados, o valor nominal da UCA sofrerá alteração para suprir a diferença constatada.

3.1.3. Os Recursos para Cobertura Ambulatorial - RCA, destinados anualmente aos Estados e ao Distrito Federal, a título de cobertura ambulatorial, serão obtidos através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da Federação.

3.1.3.1. O valor anual calculado será dividido em duodécimos, constituindo-se no RCA/mês.

3.1.4. O Fator de Apoio ao Estado-FAE caracteriza-se como repasse de custeio aos Estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semiplena, utilizado nas atividades de Tratamento Fora do Domicílio, na aquisição de medicamentos especiais e na provisão de órteses ambulatoriais, em programação aprovada pela Comissão Bipartite.

3.1.4.1. O FAE será calculado da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do Estado;
- este valor é multiplicado pelo número de habitantes do Estado;

- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

3.1.5. A base de cálculo para o estabelecimento de teto financeiro mensal para os Municípios será a média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992), corrigido pela sua capacidade potencial de produção (equipamento x recursos humanos), pela população adscrita e pela complexidade de rede.

Os Municípios que dispuserem de rede ambulatorial, mas sem registro anterior de produção, serão avaliados segundo a sua capacidade potencial de produção, pela população adscrita e pela complexidade da rede para definição dos seus tetos.

3.1.5.1. Tal ajuste implica redistribuição do volume de recursos já previsto no cálculo do RCA, não correspondendo, portanto, a um acréscimo no quantitativo financeiro devido ao Estado.

3.1.5.2. Os valores desses tetos serão nos mesmos percentuais que os valores da UCA do Estado a que pertence o Município.

3.1.6. Para os Estados, o teto financeiro será calculado deduzindo se de seu RCA/mês os tetos fixados para seus Municípios que estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena (item 4.1 - Da Operacionalização).

3.1.7. Os Conselhos de Saúde aprovarão critérios de programação dos quantitativos dos serviços, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.1.8. A programação físico orçamentária das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos Municípios e do Estado na Comissão Intergestores Bipartite, sob à coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovada pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendada pelo Conselho Estadual de Saúde. As prioridades, tetos, referências e contrarreferências devem ser definidas com base em dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada, configurando uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

3.2. O Fator de Apoio Município - FAM caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos Municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena.-

3.2.1. O valor do FAM será obtido da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do Estado;
- este valor é multiplicado pelo número de habitantes do Município;
- valor mensal a ser transferido, corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

3.3. O financiamento das atividades hospitalares dar-se-á da seguinte forma:

3.3.1. as atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde terão custeio através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como investimento operacional o Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

3.3.2. o teto quantitativo de AIH será proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e aos Conselhos de Saúde o planejamento e a distribuição para os diferentes prestadores, segundo as necessidades da população, observando:

3.3.2.1. para os Municípios, o teto quantitativo mensal será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, enquanto que para os Estados será equivalente a um duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos aos seus Municípios que não estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial, ou semiplena.

3.3.2.2. tais percentuais devem ser modificados por proposição da Comissão Bipartite, aprovada no Conselho Estadual de Saúde, observado o limite de 10% que cabe ao Estado;

3.3.2.3. o Teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para o Estado será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no Estado (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares;

3.3.2.4. o teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para o Município calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no Município (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma

proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

3.3.3. Os Conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos de AIH, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.3.4. A Comissão Bipartite, em cada Estado, definirá os quantitativos de AIH e o funcionamento de uma Câmara de Compensação que viabilize a necessária circulação de AIH entre os Municípios, mantida a gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

3.3.5. Os Municípios poderão pleitear AIHs adicionais à Câmara de Compensação da Secretaria Estadual ou a Municípios vizinhos para unidades que atuem como referência.

3.4. Os recursos de investimento terão sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridade em Investimento, após a avaliação, negociação e compatibilização de Planos Municipais e Estaduais, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

3.4.1. Os Estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semiplena receberão, prioritariamente em relação aos demais, os recursos de investimento a ser por eles gerenciados em consonância com a política nacional de investimento em saúde e obedecendo ao plano estadual de prioridades em investimento.

3.5. O financiamento de ações de vigilância em saúde e outras ações será definido no prazo de 90 dias, por intermédio de normas complementares.

4. DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO

O processo de descentralização, objetivo desta Norma, darse-á através de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera federal e as outras duas esferas político-administrativas, propiciando a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições, de gestão do SUS nos Estados e Municípios.

4.1. Sistemática de relacionamento para Municípios

4.1.1. Condição de gestão incipiente:

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume, imediata ou progressivamente, de acordo com

suas condições técnico-operacionais, um cronograma de negociação com as Comissões Bipartites em cada Estado, a responsabilidade sobre a contratação e a autorização do cadastramento de prestadores; programação e autorização da utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a ser prestados por unidade: controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; demonstração de disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no Município; incorporação à rede de serviços de ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolvimento de ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho;

b) requisitos - para o enquadramento e a permanência nesta situação, são indispensáveis os itens b1, b2 e b3 e no que for pertinente às responsabilidades prerrogativas por ele assumidas, o Município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões:

b3) dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, comprovada semestralmente por extratos bancários;

b4) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao Município, para assumir o seu financiamento;

b5) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado.

b6) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual;

c) operacionalização:

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas por meio da Ficha Cadastral de Hospital - FCH, assinada pelo gestor municipal do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA, assinada pelo gestor municipal do SUS;

c3) a programação de cotas de Autorização de Internação Hospitalar - AIH será feita pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

c4) a emissão da AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.1.b6;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico-Orçamentária - FPO será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante orçado por unidade, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde;

c6) as unidades ambulatoriais encaminharão, mensalmente, às Secretarias Municipais de Saúde, o Boletim de Proteção Ambulatorial - BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento

BDP serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, responderá pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIHs utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com uma cópia à Secretaria Estadual de Saúde.

4.1.2. Condição de gestão parcial:

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; assume a programação e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a ser prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no Município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação de vigilância epidemiológica e

sanitária; assume a formulação, a execução das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no Município.

b) requisitos: para o enquadramento e permanência nesta situação, o Município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) encaminhar à Comissão Bipartite proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao Município;

b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b4) dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

b5) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

b6) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado.

b7) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

b8) apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;

b9) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos própria do Tesouro Municipal para a saúde;

b10) apresentar à Comissão Bipartite comprovante da existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS da saúde para o Município, ou o plano já elaborado;

b11) manter o registro e a remessa de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual;

c) operacionalização:

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através de Ficha Cadastral de Hospital - FCH, assinada pelo gestor municipal do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA, assinada pelo gestor municipal do SUS;

c3) a programação da cota de Autorização de Internação Hospitalar - AIH será feita pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

c4) a emissão da AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.2.b6;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico-Orçamentária - FPO será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante, orçado por unidade, aí incluídas as federais ou estaduais remanescentes, aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde;

c6) as unidades ambulatoriais privadas ou públicas incluindo as unidades federais ou estaduais remanescentes em seu território apresentarão mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, responderá pela veracidade dos dados neles contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIHs utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde, para pagamento, com cópia à Secretaria Estadual de Saúde;

c8) repasse financeiro dos saldos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

4.1.3. Condição de gestão semiplena:

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços; planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no Município, exceto nas unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos;

b) requisitos - para enquadramento e permanência nesta situação o Município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumilas;

b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b4) dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

b5) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

b6) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Relatório de Gestão atualizado;

b7) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde;.

b8) apresentar à Comissão Bipartite comprovante de existência da comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS da Saúde para o Município, ou plano já elaborado;

b9) apresentar a Comissão Bipartite os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. O descumprimento por

dois anos sucessivos, atestado pela Comissão Bipartite, determina a perda da condição;

b10) os processos de habilitação de Municípios à condição semiplena, aprovados pela Comissão Bipartite, serão apreciados pela Comissão Tripartite, à qual caberá a seleção final, respeitadas as restrições financeiras;

b11) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doença de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimento e produção;

b12) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares SIH/SUS;

c) operacionalização:

c1) nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais, incluído o processamento de dados pertinentes, serão definidos pelos Municípios, observada a necessidade de manutenção dos bancos de dados estaduais e federais;

c2) o repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação em vigor.

4.1.4. Os Municípios que, por avaliação da Comissão Bipartite, não tenham condições técnicas e materiais para enquadramento em nenhuma das condições descritas serão alvo de um programa de capacitação sob responsabilidade do Estado, para que possam assumir gradativamente as responsabilidades e prerrogativas que caracterizam a condição de gestão incipiente, que venham a cumprir os requisitos para sua inclusão nesta sistemática.

4.1.5. Essas condições aplicam-se tão-somente a Municípios, o que não impede a formação de consórcios ou modalidades afins que visem à ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde.

4.2. Sistemáticas de relacionamento para os Estados

4.2.1. Condição de gestão parcial:

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade pela programação integrada com seus Municípios, abrangendo a manutenção de serviços e investimentos, além da gestão dos recursos de investimentos próprios e os transferidos pela esfera federal, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos Municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena. A Secretaria Estadual de Saúde assume o cadastramento, a programação, a distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, o controle e a avaliação da rede de serviços públicos e privados; coordena a rede de referência estadual e os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao Tratamento Fora do Domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado correspondente ao conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo Estado e aquelas dos Municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente , parcial e semiplena;

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação o Estado deve:

b1) manifestar à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumilas;

b3) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b4) dispor de Fundo Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

b5) dispor de Comissão Bipartite em atividade, comprovada semestralmente por apresentação de atas das reuniões;

b6) apresentar anualmente à Comissão Tripartite o Plano Estadual de Saúde atualizado;

b7) apresentar anualmente à Comissão Tripartite Relatório de Gestão atualizado;

b8) comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde;

b9) apresentar à Comissão Tripartite o Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS da Saúde para o Estado, ou plano já elaborado;

b10) apresentar anualmente à Comissão Tripartite a Programação Pactuada Integrada, aprovada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde;

b11) apresentar à Comissão Tripartite Termo de Compromisso , aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo essa comissão os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. Dois descumprimentos sucessivos determinam a perda da condição;

b12) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares

SIH/SUS;

b13) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção, morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

c) operacionalização:

c1) respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos Municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais serão definidos pelos Estados, observando a necessidade de manutenção dos bancos de dados federais.

c2) o repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

4.3.3. Os Estados que, por avaliação da Comissão Tripartite, não tenham possibilidades técnicas e materiais para o

enquadramento em nenhuma das condições descritas permanecerão na condição de gestão incipiente, como segue;

a) responsabilidades e prerrogativas - respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos Municípios incluídos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; programa e autorização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a ser prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; coordena a execução das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado trabalhador e do portador de doença ocasionada pelo trabalho;

b) obrigações:

b1) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento;

b2) dispor de Fundo Estadual de Saúde;

b3) dispor de Comissão Bipartite em atividade;

b4) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

b5) dispor de médico responsável pela emissão das Autorizações de Internações Hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema, nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado.

b6) manter o Sistema de Informações Ambulatoriais SIH/SUS;

b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças e notificação compulsória, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e de produtos de interesse à saúde, bem como de outros que venham a ser definidos na esfera federal;

c) operacionalização - respeitadas os procedimentos operacionais atribuídos aos Municípios incluídos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena;

c1) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA, assinada pelo gestor estadual do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA, assinada pelo gestor estadual do SUS;

c3) a distribuição de cotas de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, negociada na Comissão Bipartite, será feita pela Secretaria Estadual de Saúde e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde:

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado pelo gestor estadual, respeitadas as restrições do item 4.3.3.b4;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico-Orçamentária - FPO será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, e a totalização do montante orçado por Município aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde;

c6) o Boletim de Proteção Ambulatorial - BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP serão assinados pelo gestor estadual do SUS que, com o ato, responderá pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar as AIH utilizadas à Secretaria Estadual de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde, para pagamento.

5. DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1. Até que sejam editados novos instrumentos jurídicos que regulamentem as transferências de recursos financeiros, materiais e humanos no Sistema Único de Saúde, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos convênios, acordos e ajustes.

5.1.1. Os bens móveis e imóveis, bem como os recursos humanos serão transferidos da esfera federal aos Estados e aos Municípios, mediante termos de cessão específicos.

5.2. O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatoriais para Estados e Municípios em condição de gestão semiplena, bem como dos saldos relativos a esses tetos para os

inclusos na situação parcial, será feito mensalmente, obedecido um cronograma a ser estabelecido pelas partes.

5.3. No prazo de 60 dias, a partir da data de publicação desta Norma, o Ministério da Saúde reverá os termos de cessão de bens e de pessoal ora em vigor, bem como o convênio que lhes dá suporte, alterando-os, no que for pertinente, segundo o disposto nesta Norma.

5.4. Até que seja elaborado o Plano Nacional de Prioridades em Investimentos, com base nos Planos Estaduais e Municipais, os recursos de investimento do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas serão liberados mediante apresentação de parecer dos respectivos Conselhos de Saúde e os de suas entidades vinculadas serão liberados mediante a apresentação de parecer dos respectivos Conselhos de Saúde.

5.5. Os recursos provenientes de serviços prestados pelas unidades assistenciais deverão ser identificados nos Fundos de Saúde Estaduais e Municipais, como receitas operacionais provenientes do Federal e utilizados na execução de ações de saúde previstas nos respectivos Planos de Saúde.

5.6. Até que sejam definidos critérios e mecanismos de correção da série histórica pela Comissão Tripartite, o teto financeiro ambulatorial mensal para os Municípios será fixado com base na média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992).

5.7. A Guia de Autorização de Pagamento - GAP não será aceita para pagamento de serviços ambulatoriais, após a expiração do prazo dos convênios celebrados entre o INAMPS e o Estado para implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS.

5.8. O teto financeiro hospitalar para Municípios e Estados só será estabelecido de imediato para os inclusos nas condições de gestão parcial e semiplena.

5.8.1. Para os demais Municípios, a série histórica, correspondente ao gasto realizado entre a data de publicação desta Norma e o dia 31 de dezembro de 1993, será utilizada para a fixação de tetos.

5.9. Com a publicação desta Norma, deixam de existir o Fator de Estimulo à Municipalização - FEM e o Fator de Estimulo a Gestão Estadual - FEGE, previstos na Portaria nº 234/92 (NOBSUS/1992).

5.10. Em cada esfera de governo, os recursos provenientes de taxas e multas aplicadas pela vigilância sanitária deverão ser alocados no respectivo Fundo de Saúde.

5.11. Os Estados terão o prazo de 30 dias, a partir da data de publicação desta Norma, para constituir a Comissão Bipartite, findo o qual a Comissão Tripartite incumbir-se-á de avaliar o processo de enquadramento dos Municípios na nova sistemática até que os Estados se habilitem a fazê-lo.

5.12. A partir da data de sua constituição, a Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias para submeter ao Conselho Estadual de Saúde a proposta de critérios que orientarão o processo de descentralização no Estado.

5.13. A Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias, a partir da data de entrega da solicitação de enquadramento em qualquer das condições de gestão pelo Município, para análise, manifestação e encaminhamento ao Ministério da Saúde.

5.14. No caso de o Estado que, permanecendo na condição de gestão incipiente, não cumpra as obrigações previstas, no prazo de 60 dias a partir da data de publicação desta Norma, a Comissão Tripartite encaminhará comunicado para manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

5.15. Os Municípios que cumpriram o estabelecido na Portaria nº 234/92 (NOB-SUS/1992), os "municipalizados", serão automaticamente incluídos na condição de gestão parcial, desde que manifestem seu interesse por escrito ao Ministério da Saúde. No prazo de 120 dias, a partir da data de publicação desta Norma, o Município comprovará à Comissão Bipartite o cumprimento de todos os requisitos pertinentes. A não-comprovação implica perda temporária de condição, cabendo à Comissão Bipartite reavaliar o caso.

5.16. Os casos omissos deverão ser dirimidos nas Comissões Bipartite, no Conselho Estadual de Saúde ou na Comissão Tripartite, conforme fluxo estabelecido nas Disposições Preliminares desta Norma.

ANEXO II

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS NOAS-SUS 01/02

INTRODUÇÃO

A presente Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02 resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A partir da publicação da NOAS-SUS 01/01, em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, através do CONASS, e as Secretarias Municipais de Saúde, através do CONASEMS, desencadearam diversas atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão aos preceitos estabelecidos, ponderando criticamente os avanços e os desafios que novas diretrizes organizativas trariam para sua realidade concreta.

Durante esse percurso, em algumas unidades da Federação, foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Em decorrência da necessidade de viabilizar o debate sobre essas questões, identificadas como causadoras de maior tensionamento na implantação da Norma, o processo de negociação foi reaberto durante o segundo semestre de 2001. Nesse sentido, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais.

Nessa mesma ocasião, deliberou-se pela constituição de um Grupo de Trabalho, com representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar à NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 7 de dezembro de 2001, foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram.

Ainda como resultado do processo de elaboração da NOASSUS 01/02 e com o objetivo de facilitar sua utilização, este documento incorporou definições de regulamentação complementar relacionadas aos temas que foram objeto do acordo, que, na versão anterior, encontravam-se descritos em documentos normativos específicos.

Enfim, cabe destacar que esta NOAS-SUS 01/02, ao assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

CAPÍTULO I DA REGIONALIZAÇÃO

1. Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

1.1. O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

I.1 DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

2. Instituir o Plano Diretor de Regionalização - PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

3. O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

4. O PDR deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

a) o acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;

- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica;

b) o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

5. Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no PDR:

a) região de saúde - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre Municípios, entre outras.

Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento

regionalizado, seja uma região e/ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

b) módulo assistencial - módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no item 8, Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais Municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de Municípios, entre os quais há um Município Sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal-GPSM ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada-GPAB-A, com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o item 8, Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros Municípios a ele adscritos; ou

- Município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada-GPAB-A, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o item 8 Capítulo I, para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios;

c) Município-Sede do módulo assistencial (GPSM ou GPABA) - Município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o item 8, Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros Municípios a ele adscritos;

d) Município-Polo (GPSM ou GPAB-A) - Município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresente papel de referência para outros Municípios, em qualquer nível de atenção; e

e) unidade territorial de qualificação na assistência à saúde representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e à Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde. Deverá ser a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, conforme definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, de acordo com o desenho adotado pelo Estado.

6. Para se qualificarem aos requisitos da NOAS SUS 01/02, os Estados e o Distrito Federal deverão submeter à CIT os produtos,

bem como os meios de verificação correspondentes, definidos no Anexo 6 a este Anexo II, contendo, no mínimo:

a) a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos Municípios-Sede, dos Municípios-Polo e dos demais Municípios abrangidos;

b) a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;

c) o Plano Diretor de Investimentos para atender às prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde, preferencialmente identificando cronograma e fontes de recursos;

d) a inserção e o papel de todos os Municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos Municípios-Sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;

e) os mecanismos de relacionamento intermunicipal como organização de fluxos de referência e contrarreferência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;

f) a proposta de estruturação de redes de referência especializadas em áreas específicas; e

g) a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros Estados, no caso de serviços não-disponíveis no território estadual.

6.1. Os produtos relativos à qualificação dos Estados e do Distrito Federal aos requisitos desta Norma, no que tange à sua elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação, obedecerão ao seguinte:

6.1.1 na sua elaboração:

a) cabe às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, que deverá contemplar uma lógica de planejamento que envolva os Municípios na definição dos espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência, bem como dos investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e funcionais;

b) o PDR deve contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação dessas novas regiões/microrregiões e módulos assistenciais, observando assim a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo possível de sua residência;

c) o PDR subsidiará o processo de qualificação de regiões/microrregiões;

6.1.2 na tramitação:

a) a Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal deverá encaminhar os produtos à respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que deverá convocar reunião para análise e aprovação, após, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento da proposta;

b) aprovado o Plano Diretor de Regionalização e os demais produtos, a CIB deverá remetê-los ao Conselho Estadual de Saúde CES, que terá 30 (trinta) dias para apreciação e deliberação;

c) após aprovado nas instâncias estaduais, a Secretaria Estadual de Saúde deverá encaminhar o PDR e os demais produtos à Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, que encaminhará a documentação referida à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS e à Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/ MS, para análise de conteúdo e viabilidade, após o que procederão ao encaminhamento destes, com parecer, à Comissão Intergestores Tripartite para deliberação e homologação;

d) caso não seja homologada pela CIT, a referida documentação deverá ser devolvida à respectiva Secretaria Estadual de Saúde, para ajuste e análise das recomendações e novamente submetida à apreciação da CIB e do CES; e

e) em caso de alteração do PDR pelo Estado ou pelo Distrito Federal, após sua homologação pela CIT, deverá ser observada a mesma tramitação definida para a proposta original.

I.2 DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

7. Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada GPAB-A, como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde.

7.1. Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no Anexo 1 a este Anexo II.

7.2. As ações de que trata o Anexo 1 a este Anexo II devem ser assumidas por todos os Municípios brasileiros, respeitado o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, e regulamentado anualmente em portaria específica.

7.3. O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada é compreendido por aqueles atualmente cobertos pelo Piso da Atenção Básica (PAB), acrescidos dos procedimentos relacionados no Anexo 2 a este Anexo II.

7.4. Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, foi instituído o PAB Ampliado, e seu valor definido em portaria do Ministério da Saúde, sendo que os Municípios que hoje já recebem o PAB Fixo em valor superior ao PAB Ampliado não sofrerão alteração no valor per capita do PAB Fixo destinado ao seu Município.

7.5. Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB Ampliado, após assumirem a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, mediante avaliação pela Secretaria Estadual de Saúde, aprovação pela CIB, e homologação pela CIT.

7.6. A Secretaria de Políticas de Saúde/SPS é a unidade organizacional do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação de critérios, fluxos e instrumentos do processo de avaliação da Atenção Básica para efeito de habilitação e manutenção nas condições de gestão definidas nesta Norma.

I.3 DOS MÓDULOS ASSISTENCIAIS E DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES

8. Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal,

com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

8.1. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1) e de internação hospitalar, detalhadas no Anexo 3 a este Anexo II.

9. O financiamento federal do conjunto de serviços do M1 adotará a seguinte lógica:

9.1. o financiamento das atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1) será feito com base na programação de um valor per capita nacional mínimo, definido em portaria do Ministro da Saúde;

9.2. o financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Limite Financeiro Global da Assistência de cada unidade da Federação;

9.3. para apoiar o processo de qualificação das regiões/microrregiões e garantir os recursos per capita para o financiamento dos procedimentos mínimos da média complexidade (M1) para toda a população brasileira, o Ministério da Saúde adicionará recursos ao Limite Financeiro dos Estados, conforme definido em portaria específica, sendo que a destinação desses recursos estará descrita na PPI dos Estados e do Distrito Federal, devendo sua incorporação ao Limite Financeiro dos Estados ocorrer na medida em que forem efetivadas as qualificações das regiões/microrregiões assistenciais.

9.4. serão qualificadas apenas as regiões/microrregiões nas quais a PPI estadual tenha definido a alocação dos recursos destinados ao financiamento dos procedimentos mínimos da média complexidade (M1) na(s) sede(s) de módulo(s) assistencial(is).

9.5. nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do M1 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.

10. O repasse dos recursos de que trata o subitem 9.3, item 9, Capítulo I, desta Norma, para a cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da referida microrregião na assistência à saúde.

11 A qualificação compreende o reconhecimento formal da constituição das regiões/microrregiões, da organização dos

sistemas funcionais de assistência à saúde e do compromisso firmado entre o Estado e os Municípios componentes dos módulos assistenciais, para a garantia do acesso de toda a população residente nesses espaços territoriais a um conjunto de ações e serviços correspondente ao nível de assistência à saúde relativo ao M1, acrescidos de um conjunto de serviços com complexidade acima do módulo assistencial, de acordo com o definido no PDR.

12. Os requisitos para a qualificação de cada região/microrregião e respectivos instrumentos de comprovação estão listados no Anexo 7 a este Anexo II.

13. A solicitação de qualificação de cada região/microrregião de saúde deverá ser encaminhada à CIT, observando que:

13.1 o gestor estadual, juntamente com os gestores municipais da região a ser qualificada, deve encaminhar à CIB solicitação de qualificação da região/microrregião;

13.2 a CIB deverá analisar a solicitação que, se aprovada, deverá ser encaminhada ao CES, para conhecimento, e à Secretaria Técnica da CIT, para deliberação;

13.3 a Secretaria Técnica da CIT deverá encaminhar documentação à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que procederá a respectiva análise, de acordo com o PDR já aprovado;

13.4. a SAS/MS deverá encaminhar parecer quanto ao processo de qualificação à CIT, para decisão quanto à sua homologação.

14. Após a homologação na CIT do processo de qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente ao financiamento dos procedimentos listados no Anexo 3A a este Anexo II (M1) destinados à cobertura da população do Município-Sede de módulo, acrescido do montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos Municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos por uma das duas formas: (i) fundo a fundo, ao Estado habilitado quando o Município-Sede de módulo for habilitado em GPAB-A 2 e (ii) fundo a fundo, ao Município-Sede de cada módulo assistencial quando este for habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde, ficando, neste caso, a parcela relativa à população residente nos Municípios adscritos condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos itens 37 e 38, Capítulo II, desta Norma.

15. Em módulos nos quais a sede estiver sob gestão municipal, caso exista um Município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultrassonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser sede de módulo assistencial, esse Município poderá celebrar um acordo com o gestor do Município-Sede do módulo para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

16. A Secretaria de Atenção à Saúde é a unidade organizacional do MS responsável pela análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a ser submetidas à aprovação da CIT, de acordo com as regras estabelecidas nesta Norma.

I.4 DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

17. A Atenção de Média Complexidade (MC) compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender aos principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os Municípios do País.

18. Excetuando as ações mínimas da média complexidade (MC), que devem ser garantidas no âmbito dos módulos assistenciais, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do Estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do Estado.

19. O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, economias de escala, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

20. Os subsídios à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios

de classificação das ações desse nível de atenção são descritos em instrumento a ser acordado pelas três esferas de governo e definido em portaria do MS.

21. O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor estadual representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não-disponíveis em seu Município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e a definição de limites financeiros para todos os Municípios do Estado, independentemente de sua condição de gestão.

21.1. A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos nos Estados para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais e estabelecimento de fluxos de referências entre Municípios.

21.2. A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado Município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do Município.

21.3. A programação de internações hospitalares deve utilizar critérios homogêneos de estimativa de internações necessárias para a população e considerar a distribuição e a complexidade dos hospitais, o valor médio das internações hospitalares, bem como os fluxos de referência entre Municípios.

21.4. A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação pactuada integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do Município.

22. Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na Seção I.3, Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários Municípios, admite-se que um mesmo Município encaminhe referências para mais de um Município Polo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

22.1. O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no Estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

22.2. Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos Municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no Município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos Municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I.5 DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/ CUSTO NO SUS

23. A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz nas seguintes atribuições:

- a - definição de normas nacionais;
- b - controle do cadastro nacional de prestadores de serviços;
- c - vistoria de serviços, quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde;
- d - definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS;
- e - definição do elenco de procedimentos de alta complexidade;
- f - estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços;
- g - definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, através da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade;
- h - formulação de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados; e
- i - financiamento das ações.

23.1. A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

24. O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do Estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

a - a macroalocação de recursos orçamentários do Limite Financeiro da Assistência do Estado para cada área de alta complexidade;

b - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do Estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;

c - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;

d - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre Municípios;

e - a definição de limites financeiros municipais para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do Município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente às referências de outros Municípios;

f - a coordenação dos processos de remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites financeiros municipais;

g - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços, no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;

h - a coordenação da implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros);

i - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;

j - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

24.1. A regulação da referência intermunicipal de alta complexidade será sempre efetuada pelo gestor estadual.

25. Os Municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacandose:

a - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o Estado;

b - realização de vistorias, no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

c - condução do processo de contratação;

d - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);

e - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;

f - controle, avaliação e auditoria de serviços.

25.1. A regulação dos serviços de alta complexidade será de responsabilidade do gestor municipal, quando o Município se encontrar na condição de gestão plena do sistema municipal, e de responsabilidade do gestor estadual, nas demais situações.

25.2. A regulação dos serviços de alta complexidade, localizados em Município habilitado em GPSM de acordo com as regras estabelecidas pela NOB SUS 01/96 em que persista a divisão do comando sobre os prestadores, deverá ser assumida pelo Município ou pelo Estado, de acordo com o cronograma de ajuste do comando único aprovado na CIB estadual, conforme previsto no item 66 desta Norma.

25.3. Nos Municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica - GPAB ou na Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada - GPAB que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar aos gestores municipais as funções de controle e avaliação dos prestadores, incluindo o processo autorizativo.

26. As ações de alta complexidade e as ações estratégicas serão financiadas de acordo com portaria do Ministério da Saúde.

27. O Ministério da Saúde definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada Estado.

28. Caberá aos Estados, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, prever a parcela dos recursos a ser gastos em cada Município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio Município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

29. A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual e, em alguns casos, macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo - alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos Municípios.

29.1. A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros Estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros Estados, devendo esta programação ser consolidada pela SAS/MS.

30. A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria Estadual de Saúde - SES de um limite financeiro claro para seu custeio e o Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos Municípios-Polo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

CAPÍTULO II

DO FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS

II. 1 DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

31. Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional.

31.1. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada - PPI, conforme definido em portaria do Ministério da Saúde.

31.2. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal poderão dispor de instrumentos próprios de programação adequados às suas especificidades, respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério da Saúde.

32. Cabe à SES a coordenação da Programação Pactuada e Integrada no âmbito do Estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem:

a) que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Saúde e Metas Nacionais, sejam discutidos no âmbito da CIB com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores;

b) a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelos interesses dos prestadores de serviços;

c) a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação dos critérios e instrumentos de alocação e pactuação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências; e

d) a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades inerentes ao exercício do comando único de forma coerente com as condições de habilitação.

33. A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre Municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros para todos os Municípios do Estado, independentemente da sua condição de habilitação.

33.1. Define-se Limite Financeiro da Assistência por Município como o montante máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

33.2. Esses recursos poderão estar sob gestão municipal, quando o Município se encontrar em GPSM ou sob gestão estadual, quando o Município estiver em outra condição de gestão;

33.3. O Limite Financeiro da Assistência de cada Estado, assim como do Distrito Federal, no que couber, independentemente de sua condição de gestão, deverá ser programado e apresentado da seguinte forma:

- a) relação de todos os Municípios do Estado, independentemente da sua condição de gestão;
- b) condição de Gestão do Município, nível de governo responsável pelo comando único de média e alta complexidade;
- c) parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal;
- d) parcela de recursos financeiros para o atendimento das referências intermunicipais;
- e) parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão estadual;
- f) Outros recursos sob gestão estadual, alocados aos Municípios ou à Secretaria Estadual de Saúde; e
- g) Limite Financeiro Global da Unidade Federativa - soma dos itens C, D, E e F.

33.4. Os limites financeiros da assistência por Município devem ser definidos globalmente, em cada Estado, a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o Limite Financeiro estadual, bem como a definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o Limite Financeiro por Município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros Municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros Municípios.

33.5. Os municípios habilitados ou que vierem a se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele Município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada.

33.6. Em regiões/microrregiões qualificadas, os recursos referentes ao M1 alocados ao Município-Sede serão repassados ao Fundo Municipal de Saúde quando o Município-Sede estiver habilitado em GPSM ou ao Fundo Estadual de Saúde quando o Município-Sede estiver habilitado em GPAB-A.

33.7. Os limites financeiros da assistência por Município estão sujeitos à reprogramação em consequência da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e, pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas no Item 38, Capítulo II.

34. A SES deverá encaminhar ao Ministério da Saúde os produtos do processo de programação da assistência, conforme definidos em portaria do Ministério da Saúde.

II.2 DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NA GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA

35. O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre Estados.

36. A garantia de acesso da população aos serviços não-disponíveis em seu Município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o gestor organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do Município onde os serviços estiverem localizados.

37. A garantia do atendimento à população referenciada será objeto de um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso a

ser assinado pelo gestor municipal e pelo gestor estadual quando o Município Sede de módulo ou Município-Polo estiver em GPSM.

37.1. O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a ser ofertadas nos Municípios Polo, os compromissos assumidos pela SES e pela SMS, os mecanismos de garantia de acesso, o processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

38. A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do Município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

a) periodicamente, em consequência da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;

b) trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a ser informados à CIB em sua reunião subsequente; e

c) pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no ANEXO 4 a este Anexo II), sendo a CIB informada em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em Município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um Município-Polo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo Município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

38.1. Nas situações em que os recursos de média e alta complexidade de Municípios que efetuem atendimento das referências intermunicipais estejam sob gestão estadual, e os mecanismos de garantia de acesso não forem cumpridos pelo Estado, os Municípios que se sentirem prejudicados deverão acionar a CIB para que essa Comissão tome as providências cabíveis.

39. Quaisquer alterações nos limites financeiros dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES à SAS/MS, para

que esta altere os valores a ser transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

40. Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o Município deverá assumir o comando único sobre os prestadores do seu território e participar do processo de programação e quando necessário, garantir o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II.3 DO PROCESSO DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

41. As funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

41.1.1. As atribuições do Controle, Regulação e Avaliação são definidas conforme as pactuações efetuadas pelos três níveis de governo.

42. O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente nas seguintes dimensões:

- a) avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;
- b) relação com os prestadores de serviços;
- c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários; e
- d) resultados e impacto sobre a saúde da população.

43. Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso à alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde, o Relatório de Gestão.

44. O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercidos pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende

o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e a legislação específica, o acompanhamento do faturamento, a quantidade e a qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

44.1. O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS, responsável pelo relacionamento com cada unidade própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

44.2. O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

44.3. Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidos pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

44.4. Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou de alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

44.5. Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e à confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

45. A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que

considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados.

46. A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em consequência dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

47. Os Estados e os Municípios deverão elaborar os respectivos planos de controle, regulação e avaliação que consistem no planejamento do conjunto de estratégias e instrumentos a ser empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão.

47.1. Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular os serviços e o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando os pactos firmados na PPI e os termos de compromisso para a garantia de acesso.

47.2. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

48. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

a) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência;

b) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e o papel dos vários Municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

c) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnicooperacionais;

d) a definição das interfaces da estratégia de regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II.4 DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DE OUTRO NÍVEL DE GOVERNO:

49. Definir que unidades hospitalares públicas sob a gerência de um nível de governo e a gestão de outro, preferencialmente, deixem de ser remuneradas por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

50. Aprovar, na forma do Anexo 5 a este Anexo II, modelo contendo cláusulas mínimas do termo de compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

51. Os recursos financeiros para cobrir o citado termo de compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do limite financeiro do município/estado, e repassados diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

CAPÍTULO III

DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO E DESABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

III.1 CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

52. A habilitação dos Municípios e Estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

III.1.1 Com relação ao processo de habilitação dos Municípios

53. A partir da publicação desta Norma os Municípios poderão habilitar-se em duas condições:

- GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA;
- GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

53.1. Todos os Municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

53.2. Cabe a Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos Municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

54. Os Municípios, para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

b) integração e articulação do Município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal;

c) gerência de unidades ambulatoriais próprias;

d) gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo Estado ou pela União;

e) organização da Rede de Atenção Básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando excepcionalmente houver prestadores privados nesse nível de atenção;

f) cumprimento das responsabilidades definidas no subitem 7.1, item 7, Capítulo I, desta Norma;

g) disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme o descrito no subitem 7.3, item 7, Capítulo I, desta Norma;

h) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

- i) prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao Município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela SES;
- j) desenvolver as atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS;
- k) operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais;
- l) autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no Município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- m) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;
- n) realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.
- o) execução das Ações Básicas de Vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- p) execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente;
- q) elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS;
- r) firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o Estado;

Requisitos:

- a) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde b) comprovar o funcionamento do CMS;

c) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

d) comprovar, formalmente, capacidade técnica e administrativa para o desempenho das atividades de controle e avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação;

e) comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000;

f) estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;

g) comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT:

1. desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;

2. alimentação regular dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde já existentes e dos que vierem a ser criados conforme portaria;

3. disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;

4. disponibilidade de serviços para realização do Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA;

h) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de Ações Básicas de Vigilância Sanitária, conforme normatização da ANVISA;

i) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica;

j) formalizar, junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada;

Prerrogativas:

a) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Piso da Atenção Básica Ampliado - PAB-A, correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de Vigilância Sanitária;

b) gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas) integrantes do SUS, localizadas no território municipal; e

c) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

55. Os Municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades:

a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde;

b) integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal;

c) gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares;

d) gerência de unidades assistenciais transferidas pelo Estado e pela União;

e) gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independentemente da sua natureza jurídica ou do nível de complexidade, exercendo o comando único, ressalvando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os

laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto na letra c do item 57, Capítulo III, desta Norma;

f) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

g) garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros Municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território;

h) Integração dos serviços existentes no Município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares;

i) desenvolver as atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS;

j) operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual;

k) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS;

l) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente;

m) execução das Ações Básicas, de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária, pactuadas na CIB;

n) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB;

o) firmar o Pacto da Atenção Básica com o Estado;

Requisitos:

a) comprovar o funcionamento do CMS;

- b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde e a disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;
- c) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- d) estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;
- e) comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT:
1. desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;
 2. alimentação regular dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde já existentes e dos que vierem a ser criados conforme portaria;
 3. disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;
 4. disponibilidade de serviços para realização do Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA;
- f) firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria Estadual de Saúde;
- g) comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria - SNA;
- h) participar da elaboração e da implementação da PPI do Estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação;
- i) comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle regulatório, e avaliação por intermédio da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso à internet);

j) comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000.

k) comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

l) comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde;

m) apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;

n) comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços ao SUS localizados no território municipal;

o) comprovar oferta das ações do primeiro nível de média complexidade (M1) e de leitos hospitalares;

p) comprovar Adesão ao Cadastramento Nacional dos Usuários do SUS Cartão SUS;

q) formalizar, junto à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPSM;

Prerrogativas:

a) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos do M1, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e a população dos municípios abrangidos;

b) receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o Município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, condicionado

ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado;

e c) gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidas no território municipal.

III.1.2 Do processo de habilitação dos Estados

56. A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

- GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL - GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

57. São atributos da condição de gestão avançada do sistema estadual:

Responsabilidades:

a) elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização, incluindo o Plano Diretor de Investimentos e Programação Pactuada e Integrada;

b) coordenação da PPI do Estado, contendo a referência intermunicipal e os pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma;

c) gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública;

d) formulação e execução da política de sangue e hemoderivados, de acordo com a política nacional;

e) coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, viabilizando com os Municípios

Sede de módulos assistenciais e polos os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso;

f) gestão dos sistemas municipais nos Municípios não-habilitados em nenhuma das condições de gestão vigentes no SUS;

- g) gestão das atividades referentes a Tratamento Fora de Domicílio para Referência Interestadual, Medicamentos Excepcionais e Central de Transplantes, cujas funções o Estado poderá delegar aos Municípios em GPSM;
- h) formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional;
- i) normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais;
- j) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores;
- k) organização e gestão do Sistema Estadual de Controle, Avaliação e Regulação;
- l) cooperação técnica e financeira com o conjunto de Municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria;
- m) estruturação e operação do Componente Estadual do SNA;
- n) implementação de políticas de integração das ações de saneamento às ações de saúde;
- o) coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde;
- p) execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;
- q) coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar, conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA;
- r) execução das Ações Básicas de Vigilância Sanitária, referentes aos Municípios não-habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma;

s) execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos Municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal;

t) apoio logístico e estratégico às atividades de Atenção à Saúde das Populações Indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT;

u) operação dos Sistemas Nacionais de Informação, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional;

v) coordenação do processo de pactuação dos indicadores da Atenção Básica com os Municípios, informação das metas pactuadas ao Ministério da Saúde e acompanhamento da evolução dos indicadores pactuados;

Requisitos:

a) apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:

- Quadro de Metas, compatível com a Agenda de Saúde, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;

- programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças

incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento;

- estratégias de descentralização das ações de saúde para Municípios;

-estratégias de reorganização do modelo de atenção;

b) apresentar o Plano Diretor de Regionalização, nos termos desta Norma;

c) comprovar a implementação da Programação Pactuada e Integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos Municípios;

- d) comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a Emenda Constitucional, nº 29, de 14 de setembro de 2000;
- e) comprovar o funcionamento da CIB;
- f) comprovar o funcionamento do CES;
- g) comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde e a disponibilidade orçamentária suficiente, bem como os mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;
- h) apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito;
- i) comprovar a descentralização para os Municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas;
- j) comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos Municípios habilitados em GPSM, nos termos desta Norma;
- k) comprovar a estruturação do componente estadual do SNA;
- l) comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso à internet), e comprovar, também, a estruturação e a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares;
- m) comprovar a certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças;
- n) comprovar o funcionamento do serviço de vigilância sanitária no Estado, organizado segundo a legislação e a capacidade de desenvolvimento de Ações de Vigilância Sanitária;
- o) estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica;

p) apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pela CIB e pelo CES, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada;

Prerrogativas:

a) transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica - PAB relativos aos Municípios não-habilitados, nos termos da NOB SUS 01/96; e

b) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do M1 em regiões qualificadas, nos casos em que o Município-Sede estiver habilitado somente em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

58. Além dos atributos da condição de gestão avançada do sistema estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

Responsabilidade:

a) cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual;

Requisito:

a) dispor de 50% do valor do Limite Financeiro da Assistência do Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos Municípios;

Pressogativa:

a) transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao valor do Limite Financeiro da Assistência, deduzidas as transferências, fundo a fundo, realizadas a Municípios habilitados.

III.2 DA DESABILITAÇÃO

III.2.1 Da desabilitação dos Municípios

59. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos Municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

III.2.1.1 Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada,

60. Os Municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada estarão passíveis de desabilitação quando:

- a) descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do Município;
- b) apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;
- c) não cumprirem as metas de cobertura vacinal para avaliação da Atenção Básica;
- d) não cumprirem os demais critérios de avaliação da Atenção Básica, para manutenção da condição de gestão, pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e publicados em regulamentação complementar a esta Norma;
- e) não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; e
- f) apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

60.1. São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para os Municípios:

- a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:
 - crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;
 - disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS;
- b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados; e
- c) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do Município envolvido.

III.2.1.2 Da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

61. Os Municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal estarão passíveis de desabilitação quando:

a) enquadrarem-se na situação de desabilitação prevista no item 60, Capítulo III, desta Norma; ou

b) não cumprirem as responsabilidades definidas para a Gestão Plena do Sistema Municipal, particularmente aquelas que se referem a:

B.1 - cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso;

B.2 - disponibilidade do conjunto de serviços do M1;

B.3 - atendimento às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI; e

B.4 - comando único da gestão sobre os prestadores de serviço em seu território.

61.1. A desabilitação de Municípios em GPSM implicará permanência apenas em GPAB-A, desde que o motivo da desabilitação não tenha sido referente às responsabilidades atribuídas à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

61.2. São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os Municípios:

a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

- crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;

- disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS;

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados; e

c) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do Município envolvido.

III.2.2 Da desabilitação dos Estados e da suspensão do repasse financeiro

62. Os Estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão em que se encontrarem habilitados estarão passíveis de desabilitação pela CIT.

62.1. São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a ser transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os Estados:

a) não-pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

- crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde pelo Fundo Nacional de Saúde;

- disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, pelo DATASUS.

b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacionais do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves;

c) não-alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS; e

d) não firmar o Pacto da Atenção Básica.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

63. Os requisitos e os instrumentos de comprovação referentes ao processo de habilitação para os Municípios habilitados em GPSM, conforme a NOB SUS 01/96, pleiteantes a GPSM desta NOAS estão definidos no Anexo II à Instrução Normativa nº 01/02.

64. Os instrumentos de comprovação, fluxos e prazos para operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação de Municípios e Estados estão definidos na IN nº 01/02.

65. Os Municípios que se considerarem em condições de pleitear habilitação em GPSM em Estados que não tiverem concluído seus respectivos PDR, PDI e PPI deverão apresentar requerimento à

CIB estadual para que essa Comissão oficialize o cronograma para conclusão desses processos.

65.1. Caso a respectiva CIB não se pronuncie em prazo de 30 (trinta) dias ou apresente encaminhamento considerado inadequado pelo Município, este poderá apresentar recurso à CIT, que tomará as medidas pertinentes.

66. Os Municípios atualmente habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, localizados em Estados em que a gestão se encontra compartilhada entre o gestor estadual e o municipal, deverão se adequar ao comando único, com a transferência da gestão para a esfera municipal ou estadual, se for o caso, de acordo com cronograma previamente estabelecido na CIB estadual.

67. Os impasses com relação ao ajuste do comando único não solucionados na CIB estadual deverão ser encaminhados ao CES. Persistindo o impasse, o problema deverá ser encaminhado à CIT, que definirá uma comissão para encaminhar sua resolução.

68. Os Estados atualmente habilitados nas condições de Gestão Plena do Sistema Estadual deverão adequar-se aos requisitos desta Norma até o dia 29/03/2002, em conformidade com o que se encontra disposto na Portaria GM/MS nº 129, de 18 de janeiro de 2002.

69. As instâncias de recurso para questões relativas à implementação desta Norma são consecutivamente a CIB estadual, o CES, a CIT e, em última instância, o CNS.

70. No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta NOAS-SUS atualiza as definições constantes da Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

ANEXO I do ANEXO II

RESPONSABILIDADES E AÇÕES ESTRATÉGICAS MÍNIMAS DE ATENÇÃO BÁSICA I) Controle da Tuberculose

Responsabilidades	Atividades
Busca ativa de casos	Identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR)
Diagnóstico clínico de casos	Exame clínico de SR e comunicantes
Acesso a exames para diagnóstico controle: laboratorial e radiológico	Realização ou referência para Baciloscopia Realização ou referência para exame radiológico em SR c/ baciloskopias negativas (BK -)

Cadastramento dos portadores Tratamento dos casos BK+ (supervisionado) e BK - (auto-administrado)	Alimentação e análise dos sistemas de informação Tratamento supervisionado dos casos BK+ Tratamento auto-administrado dos casos BK - Fornecimento de medicamentos Atendimentos às intercorrências Busca de faltosos
Medidas preventivas	Vacinação com BCG Pesquisa de Comunicantes Quimioprofilaxia Ações educativas

II) Eliminação da Hanseníase

Responsabilidades	Atividades
Busca ativa de casos	Identificação de Sintomáticos Dermatológicos entre usuários
Diagnóstico clínico de casos	Exame de Sintomáticos Dermatológicos e comunicantes de casos Classificação clínica dos casos (multibacilares e paucibacilares)
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Tratamento Supervisionado dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Avaliação dermatoneurológica Fornecimento de medicamentos Curativos Atendimento de intercorrências
Controle das incapacidades físicas	Avaliação e classificação das incapacidades físicas Aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades Atividades educativas
Medidas preventivas	Pesquisa de comunicantes Divulgação de sinais e sintomas da hanseníase Prevenção de incapacidades físicas Atividades educativas

III) Controle da Hipertensão

Responsabilidades	Atividades
Diagnóstico de casos	Diagnóstico clínico
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Busca ativa de casos	Medição de P. A. de usuários Visita domiciliar
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar

	Fornecimento de medicamentos
	Acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência para exames laboratoriais complementares
	Realização de ECG Realização ou referência para RX de tórax
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às crises hipertensivas e outras complicações
	Acompanhamento domiciliar Fornecimento de medicamentos
Medidas preventivas	Ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações

IV) Controle da Diabetes Mellitus

Responsabilidades	Atividades
Diagnóstico de casos	Investigação em usuários com fatores de risco
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise de sistemas de informação
Busca ativa de casos	Visita domiciliar
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Educação terapêutica em Diabetes
	Fornecimento de medicamentos Curativos
Monitorização dos níveis de glicose do paciente	Realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações Realização de ECG
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às complicações agudas e outras intercorrências Acompanhamento domiciliar
Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade	Agendamento do atendimento
Medidas preventivas e de promoção da saúde	Ações educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária) Ações educativas para prevenção de complicações (cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo; controle da PA e das dislipidemias) Ações educativas para auto-aplicação de insulina

V) Ações de Saúde Bucal

Responsabilidades	
PREVENÇÃO dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes	Procedimentos individuais preventivos Procedimentos Coletivos: - Levantamento epidemiológico - Escovação supervisionada e evidenciada - Bochechos com flúor - Educação em Saúde Bucal
Cadastramento de usuários	Alimentação e análise de sistemas de informação
TRATAMENTO dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes	Consulta e outros procedimentos individuais
Atendimento a urgências odontológicas	Consulta não agendada

VI) Ações de Saúde da Criança

Responsabilidades	
Vigilância Nutricional	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Promoção do aleitamento materno Realização ou referência para exames laboratoriais Combate às carências nutricionais Implantação e alimentação regular do Sistema Alimentar Infantil
Imunização	Realização do Esquema Vacinal Básico de rotina Busca de faltosos Realização de Campanhas e intensificações Alimentação e acompanhamento dos sistemas
Assistência às doenças prevalentes na infância	Assistência às IRA em menores de 5 anos Assistência às doenças diarreicas em crianças Assistência a outras doenças prevalentes Atividades Educativas de promoção da saúde Garantia de acesso a referência hospitalar negociada, com mecanismos de regulação Realização ou referência para exames laboratoriais

VII) Ações de Saúde da Mulher

Responsabilidades	Atividades
Pré-natal	Diagnóstico de gravidez Cadastramento de gestantes nº 1º trimestre Classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso Acompanhamento de Pré-natal de Baixo Risco Vacinação antitetânica Avaliação do puerpério Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina Alimentação e análise de sistemas de informação

	Atividades educativas para promoção da saúde
Prevenção de câncer de colo de útero	Rastreamento de câncer de colo de útero - Coleta de material para exames de citopatologia Realização ou referência para exame citopatológico Alimentação dos sistemas de informação
Planejamento Familiar	Consulta médica e de enfermagem Fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais Realização ou referência para exames laboratoriais.

ANEXO 2

ELENCO DE PROCEDIMENTOS A SEREM ACRESCENTADOS AOS DA RELAÇÃO ATUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Seq.	Nome do Procedimento	Código SIA/SUS
	Grupo 02 - Ações Médicas Básicas	
	ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO - (ATÉ 8 HORAS)	0 2 . 0 11 . 0 4 - 2
	Grupo 04 - Ações Executadas para Outros Profissionais de Nível Superior	
	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM ATENÇÃO BÁSICA POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	04.012.04-6
	Grupo 07 - Proced. Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
131	ATEND. ESPECÍFICO P/ ALTA DO PACIENTE EM TRAT. AUTO ADMINISTRADO	0 7 . 0 11 . 0 5 - 9
132	ATEND. ESPECÍFICO PARA ALTA DO PACIENTE EM TRAT. SUPERVISIONADO	07.011.06-7
136	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS - GLICEMIA CAPILAR	07.031.03-3
137	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS - GLICOSÚRIA	07.031.04-1
138	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS - CETONÚRIA	07.031.05-0
139	COLETA DE MATERIAL PARA EXAME CITOPATOLÓGICO	07.051.01-8
	Grupo 08 - Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	
	DEBRIDAMENTO E CURATIVO ESCARA OU ULCERAÇÃO	08.011.07-9
	SUTURA DE FERIDA DE CAVIDADE BUCAL E FACE	08.011.31-1

141	EXERESE DE CALO	08.011.34-6
142	CURATIVO COM DEBRIDAMENTO EM PÉ DIABÉTICO	08.012.02-4
	REDUÇÃO MANUAL DE PROCIDÊNCIA DE RETO	08.021.11-2
	REMOÇÃO MANUAL DE FECALOMA	08.021.12-0
149	PRIMEIRO ATENDIMENTO A PACIENTE COM PEQUENA QUEIMADURA	08.151.01-6
	Grupo 10 - Ações Especializadas em Odontologia	
	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE DUAS OU MAIS FACES	1 0 . 0 11 . 0 1 - 3
	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE UMA FACE	10.011.02-1
	NECROPULPECTOMIA EM DENTE DECÍDUO OU PERMANENTE	10.041.01-0
	GLOSSORRAFIA	10.051.15-
	ULECTOMIA	10.051.36-8
	Grupo 11 - Patologia Clínica	
	GRAVIDEZ, TESTE IMUNOLÓGICO (LÁTEX)	11.061.31-6
	Grupo 17- Diagnose	
225	ELETROCARDIOGRAMA	17.031.01-0

Nota: Além dos procedimentos relacionados, o nível ampliado deve compreender posto de coleta laboratorial devidamente equipado, seguindo normas técnicas do Ministério da Saúde.

ANEXO 3A

ELENCO MÍNIMO DE PROCEDIMENTOS DA MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL, A SER OFERTADO NOS MUNICÍPIOS-SEDE DE MÓDULOS ASSISTENCIAIS

Seq.	Nome do Procedimento	Código SIA/SUS
	Grupo 07 - Procedimentos Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
130	ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS	07.011.01-6
134	TERAPIAS EM GRUPO EXECUTADAS POR PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	07.021.05-4
135	TERAPIAS INDIVIDUAIS EXECUTADAS POR PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	07.021.06-2
	Grupo 08 - Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	
143	ESTIRPAÇÃO LESÃO DE VULVA/PERÍNEO (ELETROCOAGULAÇÃO/ FULGURAÇÃO)	08.031.07-0
144	EXTRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO NA VAGINA	08.031.08-8
145	HIMENOTOMIA	08.031.09-6
146	INCISÃO E DRENAGEM DE GLÂNDULA DE	08.031.10-0

	BARTHOLINE OU SKENE	
147	RESSUTURA DE EPISIORRAFIA PÓS-PARTO	08.031.12-6
	Grupo 09 - Procedimentos Traumatológico - ortopédicos	
	ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	09.011.08-0
	Grupo 10 - Ações Especializadas em Odontologia	
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	10.041.02-8
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO UNI-RADICULAR	10.041.03-6
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO UNIRADICULAR	10.041.04-4
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	10.041.05-2
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE BI-RADICULAR	10.042.01-6
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	10.042.02-4
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE TRI-RADICULAR	10.043.01-2
	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	10.043.02-0
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE TRI-RADICULAR	10.043.03-9
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO MULTIRADICULAR	10.044.01-9
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO MULTIRADICULAR	10.044.02-7
	RADIOGRAFIA PERI-APICAL, INTERPROXIMAL (BITE-WING)	10.101.02-0
	Grupo 11 - Patologia Clínica	
160	ÁCIDO ÚRICO (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.03-3
161	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.08-4
162	COLESTEROL TOTAL (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.12-2
163	CREATININA (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.14-9
	FOSFATASE ALCALINA	11.011.15-7
164	GLICOSE (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.20-3
	POTÁSSIO	11.011.27-0
	SÓDIO	11.011.33-5
165	TRANSAMINASE OXALACÉTICA - TGO (ASPARTATO AMINO TRANSFERASE)	11.011.36-0
166	TRANSAMINASE PIRÚVICA - TGP (ALAMINA AMINO TRANSFERASE)	11.011.37-8
167	URÉIA (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.38-6
	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE - GAMA GT	11.012.17-0
	TRIGLICERÍDEOS	11.012.24-2
168	COLESTEROL (LDL)	11.013.09-5

169	COLESTEROL (HDL)	11.013.10-9
170	COLESTEROL (VLDL)	11.013.11-7
	CURVA GLICÊMICA - 2 DOSAGENS - ORAL	11.015.04-7
	CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA 5 DOSAGENS - ORAL	11.015.05-5
171	PESQUISA DE LARVAS (MÉTODO DE BAERMANN OU RUGAI)	11.031.06-9
172	PESQUISA DE OXIURUS COM COLETA POR SWAB ANAL	11.031.09-3
173	PESQUISA DE PROTOZOÁRIOS PELO MÉTODO DA HEMATOXILINA FÉRRICA	11.031.10-7
174	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	11.031.11-5
175	PARASITOLÓGICO DE FEZES (MÉTODOS DE CONCENTRAÇÃO)	11.032.07-3
176	PARASITOLÓGICO DE FEZES - COLETA MÚLTIPLA COM LÍQUIDO CONSERVANTE	11.032.08-1
	FATOR Rh (INCLUI DU FRACO)	11.041.01
	GRUPO ABO - DETERMINAÇÃO	11.041.03
	FRAÇÃO DO HEMOGRAMA - PLAQUETAS - CONTAGEM	11.041.13-7
	PROVA DO LAÇO	11.041.15
	RETRAÇÃO DO COÁGULO	11.041.18
	TEMPO DE COAGULAÇÃO (CELITE)	11.041.20
	TEMPO DE COAGULAÇÃO (LEE WHITE)	11.041.21
	TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)	11.041.26
177	TESTE DE FALCIZAÇÃO	11.041.29-3
178	TRIPANOSSOMA - PESQUISA	11.041.32-3
179	VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	11.041.33-1
180	HEMATÓCRITO	11.041.34-0
	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	11.041.36
	ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	11.042.04
181	TIPAGEM SANGÜÍNEA - GRUPO ABO FATOR RH (INCLUI DU FRACO)	11 . 0 4 2 . 0 6 - 0
	LEUCOGRAMA	11.042.08
	TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	11.042.10
182	HEMOGRAMA COMPLETO	11.043.20-2
	COAGULOGRAMA (T. Sangue, T. Coagulação, P. Laço, Ret.do Coag. e Cont. Plaquetas)	11 . 0 4 4 . 0 2
	FATOR REUMATÓIDE, TESTE DO LATEX	11.061.27-8
183	PROTEÍNA C REATIVA (PESQUISA)	11.061.51-0
	TOXOPLASMOSE, HÁ	11.061.56
	TREPONEMA PALLIDUM, REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO	11.061.58-8
184	VDRL (INCLUSIVE QUANTITATIVO)	11.061.59-6
	CITOMEGALOVIRUS, EIE	11.062.24-0
	RUBÉOLA, ANTICORPOS IGG	11.062.40-1
	RUBÉOLA, HÁ	11.062.41

185	PESQUISA SOROLÓGICA PARA ANTI HBS (ELISA)	11.063.07-6
186	PESQUISA SOROLÓGICA PARA ANTI HCV (ELISA)	11.063.08-4
	TOXOPLASMOSE, IFI-IGG	11.063.36
	TOXOPLASMOSE, IFI (IGM)	11.063.37
187	ANTICORPOS ANTI HIV1 + HIV2 (ELISA)	11.064.01-3
188	BACILOSCOPIA DIRETA PARA PESQUISA DE BAAR (DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE)	11 .111.02-0
189	BACILOSCOPIA DIRETA PARA PESQUISA DE BAAR (CONTROLE DO TRATAMENTO)	11 .111.03-8
190	BACILOSCOPIA DIRETA PARA PESQUISA DE BAAR (DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE)	11 .111.05-4
	BACTERIOSCOPIA (POR LÂMINA)	11 .111.06-2
	EXAME A FRESCO	11.111.08
194	SECREÇÃO VAGINAL (BACTERIOSCOPIA)	11 .111.15-1
195	SECREÇÃO VAGINAL (EXAME A FRESCO)	11 .111.16-0
196	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE BACTÉRIAS	11.112.01-8
198	CULTURA DE URINA COM CONTAGEM DE COLÔNIAS	11.112.05-0
199	STREPTOCOCUS BETA - HEMOLÍTICO DO GRUPO A (PESQUISA)	11.112.17-4
200	ANTIBIOGRAMA	11.112.19-0
202	ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTO DA URINA	11.142.14-6
203	FUNGOS (EXAME DIRETO)	11.161.01-9
205	MONÍLIA (EXAME DIRETO)	11.161.05-1
	Grupo 13 - Radiodiagnóstico	
	CRÂNIO: PA+LATERAL	13.011.02-2
	SEIOS DA FACE: F.N. + M.N. + LATERAL	13.011.06-5
	ADENÓIDES: LATERAL	13.012.01-0
	COLUNA CERVICAL: AP+LATERAL+T.O OU FLEXÃO	13.021.01-0
	COLUNA DORSAL: AP+LATERAL	13.021.02-8
	COLUNA LOMBO-SACRA	13.022.04-0
209	BRAÇO (RX SIMPLES)	13.031.04-0
210	ANTEBRAÇO (RX SIMPLES)	13.032.01-1
211	COTOVELO (RX SIMPLES)	13.032.02-0
212	MÃO: DUAS INCIDÊNCIAS (RX SIMPLES)	13.032.03-8
213	PUNHO: AP + LATERAL + OBLÍQUOS	13.032.05-4
214	COXA (RX SIMPLES)	13.041.04-5
215	PERNA (RX SIMPLES)	13.041.06-1
216	ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA (RX SIMPLES)	13.042.01-7
217	CALCÂNEO (RX SIMPLES)	13.042.02-5
218	JOELHO (RX SIMPLES)	13.042.03-3
219	PÉ OU PODODÁCTILOS (RX SIMPLES)	13.042.06-8
220	TÓRAX (PA)	13.051.03-2
221	TÓRAX (PA E PERFIL)	13.052.03-9

222	ABDOMEN SIMPLES (AP)	13.081.01-2
	Grupo 14 - Exames Ultra-sonográficos	
223	ECOGRAFIA GINECOLÓGICA	14.011.01-8
224	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	14.012.01-4
	Grupo 18 - Fisioterapia (por sessão)	
226	ATENDIMENTO A ALTERAÇÕES MOTORAS (FISIOTERAPIA POR SESSÃO)	18.011.01-2
227	ALTERAÇÕES SENSITIVAS (FISIOTERAPIA POR SESSÃO)	18.011.02-0
	REEDUCAÇÃO VENTILATÓRIA EM DOENÇAS PULMONARES	18.031.02-1

ANEXO 3B

SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR OBRIGATORIAMENTE DISPONÍVEIS EM MUNICÍPIOS

SEDE DE MÓDULOS ASSISTENCIAIS

Os municípios-sede de módulos assistenciais deverão dispor de leitos hospitalares, no mínimo, para o atendimento básico em:

- Clínica médica;
- Clínica pediátrica;
- Obstetrícia (parto normal).

ANEXO 4

TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO

(Minuta)

Termo de Compromisso que entre si celebram a Secretaria Estadual de Saúde dee a Secretaria Municipal da Saúde de YYY, visando a garantia de acesso da população referenciada por outros municípios aos serviços de saúde localizados no Município O Governo do Estado de, por intermédio da sua Secretaria Estadual de Saúde, com sede nesta cidade, na Rua (Av.)....., inscrita no CNPJ sob nº....., neste ato representada pelo Secretário Estadual da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n....., expedida pelo....., e inscrito no CPF/MF sob o nº....., doravante denominada apenas SES, e o Governo Municipal de, por intermédio de sua Secretaria Municipal da Saúde, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.o (nome), (estado civil), portador da carteira de

identidade nº....., expedida pelo....., e inscrito no CPF/MF sob o nº, doravante denominada apenas SMS-....., tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196 e seguintes, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, a Norma Operacional Básica n.º 01/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), resolvem de comum acordo celebrar o presente Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, que se regerá pelas normas gerais da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber, bem como pelas portarias..... [novas portarias de regulamentação] e as demais legislações aplicáveis à espécie, mediante as seguintes cláusulas condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso tem por finalidade objetivo o estabelecimento de compromissos de atendimento pela SMS, habilitada à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal às referências intermunicipais ambulatoriais, hospitalares de apoio diagnóstico e terapêutico, definidas na Programação Pactuada Integrada (PPI), visando a garantia de atenção às necessidades de saúde dos cidadãos, independente de seu município de residência, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e integridade da atenção.

§ 1º A PPI compreenderá a explicitação dos fluxos de referência acordados entre gestores municipais; os relatórios consolidados das ações e serviços de referência a serem prestados pelo município YYY; o montante de recursos financeiros correspondentes a essas referências; o limite financeiro do município (discriminando os recursos da população própria e os relativos às referências intermunicipais);

os mecanismos de operacionalização e/ou acompanhamento dos acordos e os critérios de revisão dos compromissos estabelecidos.

§ 2º O objeto previsto no presente Termo decorrerá de um processo prévio de realização da PPI coordenada pelo gestor estadual e aprovada pela CIB-....., em que a SMS-..... se compromete atender, em serviços disponíveis em seu território, à população residente nos municípios listados, conforme relatório específico da PPI, que faz parte integrante deste termo.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO

O presente termo de compromisso deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas pactuadas e a legislação pertinente, respondendo cada uma pelas conseqüências de sua inexecução total ou parcial.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS COMPROMISSOS DAS PARTES

I São compromissos da SES-XX a) Apoiar a SMS a implementar estratégias e instrumentos que facilitem o acesso da população referenciada aos serviços localizados no município YY.

b) Revisar e realizar ajustes na programação físico-financeira das referências, de forma a assegurar o acesso da população a todos os níveis de atenção, de acordo com a periodicidade e critérios estabelecidos na Cláusula Sexta.

c) Acompanhar as referências intermunicipais, inclusive por meio de auditoria do sistema municipal.

d) Nos casos de constatação de existência de barreiras de acesso ou tratamento discriminatório aos residentes em outros municípios, suprimir a parcela do limite financeiro do município YYY relativa às referências intermunicipais, conforme a Cláusula Sétima.

e) Comunicar ao MS o valor do limite financeiro da assistência do município YYY, explicitando o montante relativo à população própria e à população referenciada - conforme definido na PPI - bem como quaisquer alterações, seja na parcela da população própria, quanto na parcela de referência decorrente de revisões, ajustes ou sanções previstos neste Termo.

II São compromissos da SMS-YY a) Disponibilizar os serviços constantes, em relatório específico da PPI, à população referenciada por outros municípios, sem discriminação de acesso e de qualidade do atendimento prestado (escolha do prestador, forma de pagamento ou valores diferenciados de acordo com a procedência, etc.).

b) Organizar no município o acesso dos usuários às ações e serviços de referência.

c) Prever nos contratos dos prestadores e na programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde situados em seu território, a realização dos atendimentos à população de outros municípios.

d) Exercer as ações de controle e avaliação, de auditoria e outras relacionadas à garantia de qualidade dos serviços ofertados em seu território.

e) Alimentar regularmente o SIA/SUS e o SIH/SUS, bem como organizar internamente as informações relativas aos atendimentos prestados à população residente em outros municípios, de forma a facilitar as revisões dos acordos de referências intermunicipais, previstas na Cláusula Sexta.

f) Encaminhar trimestralmente à SES relatório contendo informações mensais sobre os atendimento prestado às referências intermunicipais, discriminando natureza e quantidade de procedimentos, origem do paciente, valores pagos, e outras questões que forem estabelecidas neste termo.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

A vigência do presente Termo de Compromisso terá início na data de sua assinatura, com duração de 12 (doze) meses, em coerência com a revisão periódica da PPI, podendo ser prorrogado, mediante termo aditivo, por período igual, até o limite de 48 (quarenta e oito) meses, em conformidade com a Lei n.º 8.666/93 e suas alterações, caso haja anuência das partes.

CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS A SES

se compromete a utilizar os recursos financeiros federais oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da disponibilidade do seu Limite Financeiro da Assistência, para o desenvolvimento deste termo e informará ao Ministério da Saúde (MS), o montante mensal a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de YYY, conforme explicitado na PPI, podendo operacionalizar as revisões estabelecidas na Cláusula Sexta.

CLÁUSULA SEXTA - DO ACOMPANHAMENTO E DAS REVISÕES

I. A SES deverá sistematizar as informações sobre os fluxos intermunicipais de referências, coordenar a revisão periódica da PPI [estabelecer periodicidade], monitorar o cumprimento do presente Termo, realizar ajustes pontuais e prestar contas através de informes mensais a CIB acerca do seu andamento, tendo por base os relatórios referidos na Cláusula Terceira, alínea 'f'.

II. A SES deverá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais alocadas até então no município YYY em decorrência das seguintes situações:

a) Em período não superior a 12 (doze) meses (especificar periodicidade), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB, que considere mudanças na capacidade instalada, no fluxo de pacientes entre municípios, prioridades assistenciais, constatação de desequilíbrio entre os valores correspondentes às referências e na efetiva prestação de serviços e disponibilidade financeira.

b) Trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente.

c) Pontualmente, se um município passar a ofertar em seu território para a sua própria população um serviço anteriormente referenciado para o município YYY.

§ 1º O município deverá solicitar formalmente a SES, através de ofício a transferência dos recursos correspondentes ao atendimento de sua população do município YYY para o seu próprio município, justificando a alteração.

§ 2º A SES poderá, constatada a pertinência do cadastramento e a programação para o novo serviço, realocar os recursos do município YYY para que a população do município solicitante em questão passe a ser atendida em seu município de residência.

§ 3º O município YYY deverá ser comunicado acerca da mudança pela SES com 60 dias de antecedência, através de ofício e envio de versão modificada da PPI.

§ 4º Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES a CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

d) Pontualmente, se um município considerar oportuno redirecionar referências de sua população do município YYY para outro município que disponha do serviço necessário.

§ 1º O município deverá solicitar formalmente à SES, através de ofício a transferência dos recursos correspondentes ao atendimento de sua população do município YYY para o outro município pólo, justificando a alteração.

§ 2º A SES, constatada a pertinência da solicitação, a disponibilidade para ofertar os serviços solicitados e a anuência do gestor do novo município de referência, realocar para este último os recursos correspondentes anteriormente alocados no município YYY.

§ 3º O município YYY deverá ser comunicado acerca da mudança com 60 (sessenta) dias de antecedência, através de ofício e envio de versão modificada da PPI.

§ 4º Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

e) Pontualmente, em caso de problemas no atendimento pelo município de referência à população procedente de outros municípios ou de não-cumprimento dos compromissos estabelecidos no presente Termo detectados pela SES-XX, SMS-YYY ou por outras SMS envolvidas.

§ 1º O problema deverá ser comunicado à SES, para que esta adote medidas de apuração do caso e de negociações entre as partes envolvidas, tais como: contato direto entre a SES e a SMS-YYY; convocação pela SES de reunião entre os gestores municipais implicados ou de reunião de fórum regional pré-existente, se for o caso (CIB regional, grupo regional de PPI, etc.) [especificar a instância em cada Termo], realização de auditorias de sistema etc.

§ 2º A SES deverá conduzir os encaminhamentos e correções na programação das referências, caso necessário.

§ 3º Nas situações em que o encaminhamento da SES implique alterações neste Termo, o município YYY deverá ser comunicado imediatamente através de ofício e envio de versão modificada da PPI.

§ 4º Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

III. As alterações efetuadas na parcela do limite financeiro correspondente às referências intermunicipais deverão ser comunicadas ao MS para as providências de publicação e mudança no montante transferido ao FMS-YYY.

IV. A CIB é a instância de recurso caso alguma das partes se sinta prejudicada pelas alterações abordadas no inciso II deste Termo.

V. Em casos extremos de descumprimento deste Termo, poderão ser aplicadas as sanções previstas no item VI desta Cláusula Sexta.

VI. Caso a SMS-YYY não cumpra com os compromissos assumidos neste Termo ou restrinja o acesso ou ainda discrimine o atendimento à população referenciada, poderá a SES:

a) suprimir a parcela do limite financeiro do município YYY relativa às referências intermunicipais e comunicar ao MS para as providências relativas à transferência de recursos; e

b) encaminhar à CIB processo de desabilitação do município da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS MECANISMOS DE GARANTIA DE ACESSO

Cada partícipe se responsabilizará pela garantia de acesso, de acordo com os mecanismos abaixo:

I. a SES apoiará a SMS-YY na implantação de mecanismos de organização dos fluxos de referência intermunicipais e garantia de acesso da população aos serviços em todos os níveis de atenção, assim como orientará as demais SMS na organização e avaliação dos encaminhamentos de pacientes.

II. a SMS implantará mecanismos de organização dos fluxos de referência e garantia de acesso da população residente em outros municípios aos serviços localizados em seu território, conforme definido na PPI;

III. a SES acompanhará o atendimento intermunicipal de referência e realizará ajustes periódicos ou sempre que necessário, conforme especificado na Cláusula Sexta, de forma a garantir o volume de recursos adequado para o atendimento da população em todos os níveis de atenção, independente de seu município de residência, dentro dos limites financeiros estabelecidos na PPI;

IV. a SMS-YYY não poderá negar atendimento a pessoas residentes em outros municípios em casos de urgência e emergência, sendo que, no caso da demanda por serviços extrapolar a programação das referências, caberá à SMS-YYY

registrar os atendimentos prestados e informar à SES, para que se acordem os ajustes necessários na programação físico-financeira, conforme previsto na Cláusula Sexta.

CLÁUSULA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO

A SES-XX providenciará a publicação do extrato do presente Termo no Diário Oficial de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei n.º 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

CLÁUSULA NONA - DA DENÚNCIA

O presente Termo poderá ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições aqui estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, a partir do 6º (sexto) mês de vigência.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos ou excepcionais não previstos neste Termo serão consultados aos partícipes por escrito e resolvidos conforme disposto na legislação aplicável, em especial a Lei n.º 8.666/93 e suas alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de....., Estado de....., para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Termo, bem como de seus respectivos Termos Aditivos, que vierem a ser celebrados.

E, por estar, assim justo e pactuado, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infraassinadas.

Localidade..... Data,

Secretário Estadual de Saúde de XX	Secretário Municipal de Saúde de XX
---------------------------------------	-------------------------------------

Testemunhas (demais SMS implicados) CIC

ANEXO 5

TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS

(Minuta)

Termo de Compromisso (ou Termo de Cooperação) que entre si celebram o Município de.....através da Secretaria Municipal da Saúde do Município de e o Estado de através da Secretaria Estadual de Saúde de visando a formalização de contratações de serviços de saúde ofertados. O município de....., através de sua Secretaria Municipal da Saúde do Município de....., inscrita no CNPJ sob o nº....., situada na rua (Av.)..... neste ato representado pelo Secretário Municipal da Saúde, Dr....., brasileiro,.....(profissão), portador da carteira de identidade nº....., expedida pela....., e inscrito no CPF/MF sob nº.....doravante denominado simplesmente SMS e o estado....., através de sua Secretaria Estadual de Saúde de....., neste ato representada pelo Secretário Estadual da Saúde, Dr....., brasileiro,..... (profissão) portador da carteira de identidade nº....., expedida pela..... e inscrito no CPF/MF sob nº....., doravante denominado simplesmente SES, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196 e seguintes, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, e a Norma Operacional Básica nº 01/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), resolvem de comum acordo celebrar o presente Termo de Compromisso entre Entes Públicos, que se regerá pelas normas gerais da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que coube, bem como pelas portarias..... [novas portarias de regulamentação] e as demais legislações aplicáveis à espécie, mediante as seguintes cláusulas e condições :

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo tem por objeto formalizar a contratação dos serviços de saúde ofertados e respectiva forma de pagamento das unidades hospitalares estaduais, sob a gerência do estado, localizadas no município de....., definindo o papel do hospital no sistema municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas físicas a serem cumpridas; o volume de prestação de serviços; o grau de envolvimento do hospital na rede estadual de referência; a humanização do atendimento; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população e outros fatores que tornem o hospital um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º A formalização da contratação se dará através da fixação de metas físicas mensais dos serviços ofertados, conforme a

Cláusula Segunda e a forma de pagamento será a constante da Cláusula Quinta, ambas deste Termo.

§ 2º São partes integrantes deste Termo de Compromisso os anexos: Anexo I contendo a relação dos hospitais e o Anexo II com o Plano Operativo Anual de cada hospital relacionado no Anexo I.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DO PLANO OPERATIVO ANUAL

Fica devidamente acordada a execução do Plano Operativo Anual de cada hospital constante do Anexo II do presente Termo, contemplando o papel de cada unidade hospitalar no planejamento municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência dos municípios a serem atendidos e o perfil dos serviços a serem oferecidos, previamente definidos no Plano de Regionalização e na Programação Pactuada Integrada do estado.....

§ 1º O Plano Operativo Anual conterá as metas físicas anuídas e assumidas pela SES relativas ao período de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do presente contrato, sendo essas anualmente revistas e incorporadas ao presente Termo de Compromisso, mediante a celebração de Termo Aditivo.

§ 2º As metas físicas acordadas e conseqüentemente o valor global mensal poderão sofrer variações no decorrer do período, observando-se o limite mensal de 10 % (a maior ou a menor), verificados o fluxo da clientela e as características da assistência, tornando-se necessário que a SMS e a SES promovam as alterações respectivas, de acordo com a Cláusula Sétima deste Termo.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS COMPROMISSOS DAS PARTES

I DA SMS - A Secretaria Municipal de Saúde se compromete a:

a) autorizar o repasse mensal, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde, retirado do limite financeiro da assistência do Município, dos recursos de que trata a Cláusula Quinta;

b) exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados no hospital;

c) monitorar os hospitais constantes do Anexo I na execução do Plano Operativo Anual;

d) analisar, com vistas à aprovação, os Relatórios Mensais e Anuais emitidos pela SES, comparando as metas com os resultados alcançados e com os recursos financeiros repassados;

e) encaminhar os atendimentos hospitalares, exceto de urgência e emergência, incluindo as cirurgias eletivas, através da Central de Regulação, onde houver.

II DA SES - A Secretaria Estadual de Saúde se compromete a:

a) apresentar à SMS o Relatório Mensal até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados;

b) apresentar à SMS o Relatório Anual até 20º (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses, incluindo informações relativas à execução deste Termo de Compromisso com a apropriação por unidade hospitalar;

c) apresentar as informações previstas no Plano Operativo Anual referente aos hospitais constantes do anexo I;

d) alimentar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a estes, ou que seja acordado entre o Ministério da Saúde e a SES;

e) disponibilizar todos os serviços dos hospitais constantes no Anexo I na Central de Regulação, quando houver;

f) cumprir, através dos hospitais constantes no Anexo I, o Plano Operativo Anual, conforme estabelecido no Anexo II do presente Termo;

g) disponibilizar recursos de consultoria especializada, para programas de desenvolvimento organizacional dos hospitais, dentro de suas disponibilidades;

h) garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência, independente do limite fixado pela SMS constante do Plano Operativo Anual.

III DA SMS E SES - A Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde se comprometem conjuntamente a:

- a) elaborar o Plano Operativo Anual de acordo com a Programação Pactuada Integrada Municipal e Regional;
- b) promover as alterações necessárias no Plano Operativo Anual, sempre que a variação das metas físicas e conseqüentemente o valor global mensal ultrapassar os limites citados no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda;
- c) informar ao Ministério da Saúde, quando houver alteração dos recursos financeiros de que trata a Cláusula Quinta, através de ofício conjunto, até o dia 10 do mês seguinte à alteração, o volume de recursos mensal a ser retirado do limite financeiro da assistência do Município e repassado ao Fundo Estadual de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

O presente Termo de Compromisso terá vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por meio de Termo Aditivo, até o limite de 48 (quarenta e oito) meses, mediante acordo entre os partícipes, com aviso prévio de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para a execução do presente Termo de Compromisso (ou de Cooperação), serão destinados recursos financeiros no montante de R\$. por ano, retirados do limite financeiro da assistência do Município/SMS, de forma proporcional ao atendimento da população residente no município e ao atendimento à referência intermunicipal, e repassados ao ESTADO/SES pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Os recursos anuais a serem destinados pela SMS para a execução desse Termo serão repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde, em duodécimos mensais ao Fundo Estadual de Saúde. Dotação Orçamentária.....

CLÁUSULA SEXTA - DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

O acompanhamento e avaliação dos resultados do presente Termo serão realizados por uma Comissão de Acompanhamento, a ser composta pela SMS e SES, que designarão, de forma paritária, um ou mais técnicos.

§ 1º Essa Comissão reunir-se-á, no mínimo, trimestralmente, para realizar o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais,

avaliando a tendência do cumprimento das metas físicas pactuadas, podendo propor, ainda à SMS e à SES modificações nas Cláusulas deste Termo, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação no Plano Operativo Anual.

§ 2º A Comissão de Acompanhamento deverá reunir-se sempre que os limites citados no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda forem superados para avaliar a situação e propor as alterações necessárias nesse Termo.

§ 3º A SMS, sem prejuízo das atividades a serem desenvolvidas pela Comissão de Acompanhamento deste Termo, procederá à:

- a) análise dos Relatórios Mensais e Anuais enviados pela SES e dos dados disponíveis no SIA e SIH;
- b) realização de forma permanente de ações e atividades de acompanhamento, apoio e avaliação do grau de consecução das metas;
- c) realização, a qualquer tempo, de auditorias operacionais pelo componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, dentro de suas programações de rotina ou extraordinárias, utilizando metodologia usual ou específica, e por outros componentes.

4º A SMS informará a SES sobre a realização de auditorias nos hospitais constantes no Anexo I.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS ALTERAÇÕES

A SMS e a SES poderão, de comum acordo, alterar o presente Termo e o Plano Operativo Anual, com exceção no tocante ao seu objeto, mediante a celebração de Termo Aditivo.

§ 1º O volume de recursos repassados em cumprimento ao objeto deste presente Termo poderá ser alterado, de comum acordo, nas seguintes hipóteses:

- a) variações nas metas físicas e conseqüentemente no valor global mensal superiores aos limites estabelecidos no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda e que impliquem em alterações financeiras;
- b) alteração a qualquer tempo das cláusulas desse Termo ou do Plano Operativo Anual, que impliquem novos valores financeiros;
- c) revisão anual do Plano Operativo Anual.

§ 2º As partes somente poderão fazer alterações nesse Termo de Compromisso e no Plano Operativo Anual, se decorridos no mínimo 90 (noventa) dias após a publicação do presente instrumento ou de seu respectivo Termo Aditivo.

CLÁUSULA OITAVA - DA INADIMPLÊNCIA

Para eventuais disfunções havidas na execução deste Termo, o valor relativo ao repasse estabelecido na Programação financeira constante na Cláusula Quinta poderá, mediante informação à SES, ser alterado pela SMS, total ou parcialmente, nos seguintes casos:

- I. não cumprimento do presente Termo de Compromisso;
- II. fornecimento pela SES de informações incompletas, extemporâneas ou inadimplentes nos formatos solicitados pela SMS, obstaculização da avaliação, da supervisão ou das auditorias operacionais realizadas por órgãos de qualquer nível de gestão do SUS e na falta da apresentação dos Relatórios Mensais e Anuais;
- III. não alimentação dos sistemas de informação.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICAÇÃO

A SMS e a SES providenciarão a publicação do extrato do presente Termo no Diário Oficial de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei n.º 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA DENÚNCIA

O presente Termo poderá ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições aqui estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, a partir do 6º (sexto) mês de vigência.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS CASOS OMISSOS

No decorrer da vigência desse Termo de Compromisso (ou Cooperação), os casos omissos às controvérsias entre a SMS e a SES relativas à interpretação ou à aplicação deste Termo ou do Plano Operativo Anual, que a Comissão de Acompanhamento não consiga resolver, as partes diligenciarão para solucioná-las, pela negociação.

Parágrafo único. Se a Comissão de Acompanhamento não conseguir resolver as controvérsias, essas serão submetidas à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite do estado de.....

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de....., estado de....., para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Termo, bem como de seus respectivos Termos Aditivos, que vierem a ser celebrados.

E, por estar, assim justo e pactuado, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infraassinadas.

Localidade, data

Secretário Estadual de Saúde de XX	Secretário Municipal de Saúde de XX
------------------------------------	-------------------------------------

Testemunhas:

CIC

ANEXO 6

Requisitos para qualificação das unidades da federação à NOAS e meios de verificação correspondentes

Requisitos	Meios de Verificação
1 - Quanto ao PDR	
1.1 A descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais com a identificação e definição da inserção e papel dos municípios-sede, municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos.	- Apresentação dos mapas, contendo a regionalização proposta com a identificação de todos municípios pertencentes aos módulos assistenciais, seus respectivos municípios-sede, as regiões/microrregiões a que pertencem e os municípios-pólo de referência para média e alta complexidade;
1.2. Abrangência populacional por módulo assistencial e região/microrregião	- Quadro resumo da população abrangida por espaço territorial.

do estado.	
1.3. Apresentação e proposta de estruturação de redes de referência especializada	- Capítulo do PDR com proposta de estruturação de redes de referência especializadas.
1.4. Cronograma de Implantação do PDR	- Cronograma anexado
2. Quanto a PPI	
2.1. Implantação da Programação Pactuada e Integrada.	- Apresentação dos produtos da Programação Pactuada Integrada, conforme definido em Portaria do MS.
3. Quanto ao PDI	
3.1. Descrição por região/microrregião dos investimentos necessários para conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde.	- Plano Diretor de Investimento - PDI, que deverá conter um quadro contendo levantamento da necessidade de investimentos para garantir a implementação do PDR, no que diz respeito à existência e/ou suficiência tecnológica para oferta de serviços necessários à conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde (módulos assistenciais e regiões/microrregiões).
4 Quanto ao Controle, Regulação e Avaliação	
4.1 Apresentação das necessidades e proposta de fluxo de referência para outros estados.	- Descrição das necessidades e proposta de referência para outros estados.
4.2. Descrição dos mecanismos de regulação para garantia do acesso da população aos serviços de referência intermunicipal, nos módulos sob gestão municipal estadual.	- Descrição dos mecanismos de regulação do acesso aos serviços.
5. Quanto à Adequação do comando único sobre os prestadores	
5.1. Cronograma de ajuste de comando único	- Cronograma anexado.
6. Outros requisitos	
6.1. Adesão à implantação do Cartão SUS	- Apresentação do cronograma de implantação do Cartão SUS.
6.2. Aprovação do processo de adequação do estado à NOAS-SUS 01/02 pelas instâncias estaduais (CIB e CES).	- Declaração das instâncias estaduais correspondentes aprovando os instrumentos de adequação requeridos, conforme regulamentado nesta Norma.

ANEXO 7

Requisitos para qualificação de regiões / microrregiões e meios de verificação correspondentes

Requisitos	Meios de Verificação
1. Habilitação do(s) município(s)-sede do(s) módulo(s) assistencial(is) em: Gestão Plena do Sistema Municipal, quando comando único do município, ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, quando comando único do estado, e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.	1. Declaração da CIB.
2. Comprovação pelo(s) município(s)-sede do(s) módulo(s) assistencial(is) da capacidade de ofertar o conjunto dos serviços correspondentes ao primeiro nível de referência intermunicipal com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; e comprovação pelo (s) município (s) -pólo da região/microrregião da capacidade de ofertar um conjunto de serviços correspondentes a um nível de atenção acima do módulo assistencial, de acordo com a complexidade e critérios complementares definidos por cada estado.	2. Informações do SIA e SIH/SUS; Cadastro dos serviços de saúde; Declaração da CIB atestando a capacidade do município de ofertar os serviços de referência.
3. Termo de Compromisso para garantia de acesso firmado entre o(s) município(s)-sede e o estado, para o atendimento da população dos demais municípios pertencentes ao(s) módulo(s) assistencial(is).	3. Termo de garantia de referência.
4. Ajuste do comando	4. Declaração da CIB atestando o

único	comando único.
5. Apresentação dos mecanismos de regulação da garantia de acesso da população aos serviços de referência intermunicipal	5. Declaração da CIB explicitando os mecanismos que regulamentarão a referência entre municípios.
6. Programação Pactuada e Integrada concluída, com definição dos limites financeiros para todos os municípios do estado, com a separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referida.	6. Apresentação da PPI pelo Gestor estadual com as respectivas declarações da CIB.
7. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde existente na região/microrregião concluído.	7. Apresentação do cadastro dos serviços de saúde.

PARTE III

REGULAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Instrução Normativa GM/MS nº 1, de ----- 2002, publicada no Diário Oficial de ----- (regulamentação do processo de habilitação).

Instrução Normativa/GM/MS/ Nº 1 Em de de 2002.

Regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal em conformidade com as novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, Considerando que a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02 atualiza a regulamentação da Assistência incorporando os resultados dos avanços obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do SUS;

Considerando que a NOAS-SUS 01/02 é um instrumento que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria

mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios;

Considerando que a NOAS-SUS 01/02 dá continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, que foi fortalecido com a Norma Operacional Básica / NOB - SUS 01/96;

Considerando a importância da regionalização como estratégia para a reorganização da assistência à saúde, visando o acesso a todos os níveis de atenção à saúde, com a ampliação da atenção básica e garantia da referência aos demais níveis de atenção; e

Considerando a necessidade de regulamentar a NOAS-SUS 01/02, aprovada pela Portaria GM/MS n.o -----, de -----de 2002, resolve:

Capítulo I Da Habilitação

Art.1º Regulamentar a habilitação nas condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02, aprovada pela Portaria GM/MS n.o ----- de 2002, explicitando as responsabilidades, os requisitos e as prerrogativas das gestões municipal e estadual.

Art. 2º O processo de habilitação de estados e de municípios às condições de gestão estabelecidas na NOAS-SUS 01/02 observará o disposto nesta Instrução Normativa.

Parágrafo único. As modalidades de habilitação previstas na NOAS-SUS 01/02 são:

- a) Nos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM);
- b) Nos estados: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

Art.3º Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios não habilitados.

I.1 Em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) Art. 4º A habilitação dos municípios à condição de GPAB-A dependerá do cumprimento de todos os requisitos e implicará as responsabilidades e prerrogativas descritas no Item 54 do Capítulo III da NOAS-SUS 01/02.

Parágrafo único. Os instrumentos de comprovação dos requisitos são os constantes no Anexo I, desta Instrução Normativa.

Art.5º Os municípios já habilitados em quaisquer das condições de gestão da NOB SUS 01/96 estarão aptos a receber o Piso de Atenção Básica - PAB Ampliado após habilitação nas condições de gestão definidas na NOAS SUS 01/02.

Parágrafo único. A habilitação em GPAB-A implicará processo de avaliação pela SES, apreciação/ aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Art. 6º Os processos de habilitação em GPAB-A compreendem as seguintes etapas e trâmites:

I. preparação do processo de pleito de habilitação pelo gestor municipal;

II. aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);

III. encaminhamento do processo à CIB;

IV. encaminhamento à Secretaria Estadual de Saúde - SES para avaliação do cumprimento dos requisitos pertinentes à condição GPAB-A;

V. elaboração pela SES de Relatório sobre as condições técnicas e administrativas do município para assumir esta condição de gestão, de acordo com Termo de Habilitação 1, desta IN, e os quadros de avaliação da atenção básica, conforme normatização específica da SPS/MS, com encaminhamento de parecer técnico para a CIB, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo de entrada na SES;

VI. apreciação e posicionamento da CIB quanto ao processo;

VII. preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação1, desta Instrução Normativa;

VIII. encaminhamento à Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação 1 e dos quadros de avaliação de atenção básica, para apreciação e homologação;

IX. recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação 1 e dos quadros de avaliação da atenção básica para ciência e encaminhamento à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS);

X. avaliação pela SPS/MS do cumprimento dos requisitos pertinentes à condição de GPAB-A, baseada na análise do

processo de habilitação e dos sistemas nacionais de informação em saúde, com encaminhamento de parecer técnico para a CIT, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo de entrada na SPS/MS;

XI. apreciação e homologação, pela CIT, do Termo de Habilitação 1, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de recebimento pela Secretaria Técnica.

XII. publicação em portaria, pelo Ministério da Saúde, das habilitações homologadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes;

XIII. arquivamento de todo o processo de habilitação na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT.

Parágrafo único. Caso a CIB não aprecie e não se manifeste no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de protocolo na CIB, o município poderá encaminhar o processo de habilitação à CIT.

I.2 Em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)

Art. 7º A habilitação à condição de GPSM dependerá do cumprimento dos requisitos e implicará as responsabilidades e a garantia das prerrogativas descritas no Item 55 do Capítulo III da NOAS-SUS 01/02.

Parágrafo único. Os instrumentos de comprovação dos requisitos são os constantes do Anexo II ou III, desta Instrução Normativa.

Art. 8º Os municípios habilitados em GPSM pelos critérios da NOB SUS 01/96 deverão se adequar às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, definidas na NOAS-SUS 01/02. As SES deverão proceder a avaliação da adequação destes municípios e submeter relatório conclusivo do processo de avaliação à CIB, para aprovação e subsequente encaminhamento à CIT, para as providências cabíveis.

Parágrafo Primeiro A comprovação da adequação dos municípios referidos no caput deste artigo, será feita pela SES a partir dos documentos constantes no anexo II desta IN.

Art. 9º A habilitação em GPSM, de acordo com as normas referidas nos Artigos 7º e 8.º, desta Instrução Normativa, demanda o cumprimento dos requisitos exigidos para a condição

de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e implica a habilitação cumulativa nas duas condições de gestão.

Art. 10. A habilitação de municípios à condição de GPSM compreende as seguintes etapas e trâmites:

- I. preparação do processo de pleito de habilitação pelo gestor municipal;
- II. aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- III. encaminhamento do processo a CIB;
- IV. elaboração pela SES de Relatório Técnico que ateste, a partir de visita e de outros mecanismos de avaliação complementares definidos pela CIB, as condições técnicas e administrativas do município para assumir esta condição de gestão, e subsequente encaminhamento a CIB;
- V. apreciação e posicionamento da CIB quanto ao processo;
- VI. preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação 2 ou 3, desta Instrução Normativa;
- VII. encaminhamento à Secretaria Técnica da CIT do respectivo Termo de Habilitação 2 ou 3 ;
- VIII. recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação 2 ou 3, para ciência e encaminhamento à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS);
- IX. avaliação, pela SAS/MS e SPS/MS, do cumprimento dos requisitos pertinentes à condição de GPSM, baseada na análise do Termo de Habilitação 2 ou 3 com encaminhamento de parecer técnico para a CIT, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo de entrada na SAS/MS;
- X. apreciação pela CIT do Termo de Habilitação 2 ou 3, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de recebimento pela Secretaria Técnica da CIT;
- XI. publicação em portaria, pelo Ministério da Saúde, das habilitações homologadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes;

XII. arquivamento de todo o processo de habilitação ou adequação na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT.

Parágrafo único. Caso a CIB não aprecie e não se manifeste no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de protocolo na CIB, o município poderá encaminhar o processo de habilitação a CIT.

I.3 Em Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual

Art. 11. A habilitação à condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual ou de Gestão Plena do Sistema Estadual dependerá do cumprimento de todos os requisitos, com assunção das respectivas responsabilidades e garantia das prerrogativas, descritas nos itens 56, 57 e 58, do Capítulo III, da NOAS-SUS 01/02.

§ 1º Os instrumentos de comprovação dos requisitos à condição de gestão avançada do sistema estadual, são os constantes do Anexo IV, desta Instrução Normativa.

§ 2º Os instrumentos de comprovação dos requisitos da condição de Gestão Plena do Sistema Estadual são os constantes do Anexo V, desta Instrução Normativa.

§ 3º A SAS/MS e a SPS/MS realizarão visita técnica conjunta aos estados antes da aprovação da habilitação pela CIT, para avaliar o Sistema Estadual de Saúde e a efetiva capacidade da SES para assumir a condição de gestão pleiteada.

Art.12. Os estados atualmente habilitados nas condições de Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual devem apresentar a SAS:

I. o Plano Diretor de Regionalização (PDR);

II. a Programação Pactuada e Integrada (PPI);

III. a comprovação de alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Art. 13. A habilitação de estados às condições de gestão previstas na NOAS-SUS 01/02 compreende as seguintes etapas e trâmites:

I. preparação do processo de pleito de habilitação pelo gestor estadual;

II. apreciação e aprovação do processo pela CIB e preenchimento do Termo de Habilitação 4, para a Gestão Avançada, e Termo de Habilitação 5, para a Gestão Plena do Sistema Estadual, constantes nesta Instrução Normativa;

III. aprovação do pleito pelo Conselho Estadual de Saúde (CES);

IV. publicação da aprovação do pleito no Diário Oficial do Estado;

V. encaminhamento do Termo e do Processo de habilitação 4 ou 5, pela CIB, à Secretaria Técnica da CIT;

VI. recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo e do Processo de Habilitação e encaminhamento a SAS para:

a) as análises pertinentes;

b) visita técnica, da SAS e SPS, e solicitação à Secretaria Estadual de Saúde de esclarecimentos ou complementação do processo, se for o caso;

c) elaboração de parecer e expediente para encaminhamento e aprovação na CIT;

d) informação aos gestores interessados e órgãos do Ministério da Saúde sobre a habilitação do Estado, para as providências cabíveis;

VII. apreciação e homologação do pleito pela CIT;

VIII. publicação em Portaria do Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes.

Art. 14. A habilitação do Distrito Federal observará as condições estabelecidas para os estados, no que couber.

Capítulo II Da Desabilitação

Art. 15. A identificação de irregularidades que comprometam a gestão específica desencadeará processo de desabilitação.

15.1. Os processos de desabilitação de Estados e municípios requerem apresentação de elementos que comprovem efetivamente irregularidades e que justifiquem a medida corretiva proposta.

15.2. Os Estados e os municípios não serão desabilitados se os motivos de abertura do processo de desabilitação forem superados.

II.1 Da desabilitação dos municípios

Art. 16. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) decidir pela desabilitação dos municípios, com a homologação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Parágrafo único. Em caso de desabilitação, as instâncias de recurso do município serão, por ordem, a CIB e, após 30 (trinta) dias sem manifestação, a CIT.

Art. 17. Os municípios habilitados em GPAB-A estarão sujeitos à desabilitação nas situações especificadas no Item 60 do Capítulo III.2.1.1, da NOAS-SUS 01/02.

Art. 18. Os municípios habilitados em GPSM estarão sujeitos à desabilitação nas situações especificadas no Item 61 do Capítulo III.2.1.2, da NOAS-SUS 01/02, em particular nos casos em que:

A) se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 60 - Capítulo III da NOAS 01/02; ou

B) não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal, particularmente aquelas que se referem a:

B.1 cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

B.2 disponibilidade do conjunto de serviços do (M1);

B.3 atendimento às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI.

B.4 comando único da gestão sobre os prestadores de serviço em seu território.

18.1. A desabilitação de municípios em GPSM implicará permanência apenas em GPAB-A, desde que o motivo da desabilitação não tenha sido referente às responsabilidades atribuídas à gestão plena da atenção básica ampliada.

18.2. Os documentos comprobatórios para a desabilitação da GPSM que deverão ser enviados à Secretaria Técnica da CIT, e posteriormente à SAS, são:

A) Resolução da CIB de desabilitação do município;

B) Relatório Técnico da CIB justificando a desabilitação.

Art. 19. A desabilitação de um município poderá ser solicitada à respectiva CIB pela própria SMS, pelo correspondente CMS, pela SES, pelo CES ou pelo Ministério da Saúde, de acordo com o seguinte fluxo:

a) abertura de processo de desabilitação pela CIB a partir de solicitação do gestor municipal ou de irregularidades identificadas pelos níveis estadual ou federal, ou ainda pelo respectivo CMS;

b) comunicação ao município das irregularidades encontradas, com definição de prazo para que este apresente a fundamentação da defesa, sob pena de desabilitação;

c) apreciação pela CIB, da defesa apresentada pelo município em caso de irregularidade, ou da solicitação de desabilitação apresentada pelo gestor do respectivo município;

d) definição acordada, entre a CIB e o gestor municipal, de medidas de superação das irregularidades, com prazo definido;

e) avaliação pela CIB das providências tomadas, decorrido o prazo definido na alínea "d" deste Artigo;

f) deliberação pela CIB quanto ao processo de desabilitação;

g) encaminhamento dos documentos de desabilitação à CIT;

h) apreciação do processo e decisão pela CIT;

i) encaminhamento da decisão da CIT ao MS, para providências cabíveis.

II.2 Da desabilitação dos estados

Art. 20. Os estados que não cumprirem as responsabilidades definidas na NOAS-SUS para a forma de gestão na qual encontram-se habilitados estarão sujeitos à desabilitação pela CIT.

Art. 21. A desabilitação de um estado poderá ser solicitada à CIB pela SES, pelo CES ou pelo Ministério da Saúde, de acordo com o seguinte fluxo:

- a) abertura de processo de desabilitação pela CIT a partir de irregularidades identificadas pelo nível federal ou pelo respectivo CES;
- b) comunicação ao estado das irregularidades encontradas, com definição de prazo para que este apresente a fundamentação da defesa, sob pena de desabilitação;
- c) apreciação, pela plenária da CIT, da defesa apresentada pelo estado;
- d) definição acordada entre as partes de medidas de superação das irregularidades, com prazo definido;
- e) avaliação pela CIT das providências tomadas, na reunião subsequente ao prazo definido;
- f) decisão pela CIT quanto ao processo de desabilitação;
- g) encaminhamento da decisão da CIT ao MS para as providências cabíveis e informe a SES.

Capítulo III - Da suspensão dos Repasses Financeiros

Art. 22. O Ministério da Saúde poderá suspender os repasses financeiros a serem transferidos mensalmente fundo a fundo nos seguintes casos:

§ 1º Para os municípios, se detectado algum dos motivos constantes dos subitens 60.1e 61.1, da NOAS-SUS 01/02;

§ 2º Para os estados, se detectado algum dos motivos constantes do Subitem 62.1, da NOAS-SUS 01/02; e

§ 3º Quando houver descumprimento da normatização pertinente, em particular das Portarias GM/MS n.o 1.882, de 18 de dezembro de 1997, GM/MS n.o 157, de 19 de fevereiro de 1998 e SAS/MS n.o 82, de 7 de julho de 1998.

22.1 Os processos de suspensão financeira de estados e municípios requerem apresentação de elementos que comprovem efetivamente irregularidades e que justifiquem a medida corretiva proposta.

22.2 Não haverá suspensão do repasse financeiro aos estados e aos municípios, caso os motivos de abertura do processo sejam superados.

Capítulo IV - Das Disposições Gerais

Art. 23. As divergências que venham ocorrer na Comissão Intergestores Bipartite, referentes ao processo de habilitação, serão resolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde e, sucessivamente, pela Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Art. 24. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação cessando os efeitos do disposto na Instrução Normativa GM/MS n.o 01, de 10 de janeiro de 1998, exceto para habilitação em gestão plena da atenção básica, de municípios não habilitados em nenhuma condição de gestão da NOB/SUS 01/96, conforme decisão da CIT, em reunião ordinária 18 de outubro de 2001.

BARJAS NEGRI

ANEXO I

Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - NOAS-SUS 1/2

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOAS-SUS 01/02: item 54)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde (FMS).	- Ato legal de criação do FMS. - Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes ao último trimestre.
Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	
Apresentar o Plano Municipal de Saúde (PMS) do período em curso, aprovado pelo respectivo CMS, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais destinados ao município.	- Ato legal de criação do CMS. - Atas das 3 últimas reuniões do CMS - Declaração da SMS de composição paritária do CMS, conforme prevê a lei 8.142/90.
Apresentar o Plano Municipal de Saúde (PMS) do período em curso, aprovado	Plano Municipal de Saúde atualizado para a presente gestão municipal contendo a programação física e financeira. Ata do CMS aprovando o PMS atualizado.

<p>pelo respectivo CMS, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais</p>	
<p>1.D Comprovar, formalmente, capacidade técnica e administrativa para o desempenho das atividades de controle e avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação.</p>	<p>Apresentação, pelo gestor municipal de Plano de Controle e Avaliação, conforme as atribuições pactuadas pelas três esferas de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas, em seu território, a identificação da estrutura de controle e avaliação, que pode ser municipal, microrregional ou regional responsável pelas atividades.</p>
<p>1.E Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000. Estabelecimento do Pacto de Indicadores da</p>	<p>Recibos do SIOPS - Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.</p>
<p>1.G Comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela SES e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT: - desempenho satisfatório nos</p>	

indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior; - alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde;	
- disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;	Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS
- disponibilidade de serviços para realização -- Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA.	
Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA.	Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária.
Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.	Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece a legislação vigente. Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades do Município e do Estado nas demais ações de vigilância epidemiológica.
Formalizar, junto à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.	Ofício do gestor municipal à CIB, solicitando habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos. - Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação.

ANEXO II

Sistematização do Processo de Adequação de Municípios Habilitados em GPSM nos Termos da NOB SUS 01/96 Pleiteantes à Condição de Gestão Plena do Sistema - NOAS-SUS 01/02

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO	Itens a serem verificados pelo gestor estadual em visita ao sistema municipal
-----------------------------	---

(NOAS-SUS 01/02 - Disposições Transitórias)	
2.A Conselho Municipal de Saúde (CMS).	O CMS apresenta composição paritária, conforme a Lei 8.142/90, e funcionamento regular
2.B Fundo Municipal de Saúde (FMS).	Comprovação de que há funcionamento regular do FMS através de extratos e quem é o executor do FMS. Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo. Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.
2.C Plano Municipal de Saúde	O PMS encontra-se revisto a partir da Agenda Municipal de Saúde, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas.
2.D Estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso.	Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.
2.E Submeter-se à avaliação pela SES em relação a:	
1) desempenho nos indicadores do Pacto da Atenção Básica referente ao ano anterior;	- Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS
2) alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde;	
3) capacidade de assumir as ações às áreas de atuação estratégicas;	
4) capacidade de oferecer o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPAB-A	
2.F Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a SES.	Extrato do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.
2.G Participação na elaboração e implantação da PPI do Estado	Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo Para Garantia de Acesso.

<p>2.H Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.</p>	<p>Recibos do SIOPS</p>
<p>2.I Estrutura do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria - SNA</p>	<p>Verificar se o componente municipal do SNA encontra-se estruturado, com funcionamento regular, compatível com seu regulamento ou regimento próprio, e com designação dos auditores formalizada a partir de lei ou decreto.</p>
<p>2.J Controle, Regulação e Avaliação.</p>	<p>- Apresentação, pelo gestor municipal de Plano de Controle, Regulação, e Avaliação, conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas em seu território, a identificação da estrutura, de controle e avaliação que pode ser municipal, microrregional ou regional responsável pelas atividades.</p>
<p>2.K Vigilância Sanitária.</p>	<p>- O município dispõe de serviço estruturado e em funcionamento de Vigilância Sanitária, capaz de desenvolver ações de vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a ANVISA.</p>
<p>2.L Vigilância Epidemiológica</p>	<p>- O município dispõe de serviço estruturado e em funcionamento capaz de desenvolver ações de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a FUNASA.</p>
<p>2.M Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito.</p>	<p>Relatório de Gestão do ano anterior ao pleito, aprovado pelo CMS.</p>
<p>2.N Comprovar a gestão sobre a totalidade dos prestadores</p>	<p>Declaração da CIB de Comando Único pelo Gestor Municipal.</p>

localizados no âmbito do município	
2.O Oferta das ações do primeiro nível de complexidade e de leitos hospitalares.	-Verificar se há disponibilidade de oferta das ações do primeiro nível de complexidade.
2.P Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS	- Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor.
2.Q Formalizar, junto à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação atestando o cumprimento dos requisitos relativos condição de gestão pleiteada.	à Ofício do gestor municipal à CIB, solicitando habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos. - Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação.

O Termo de Habilitação 2, constante nesta IN, a ser enviado para o MS quando da habilitação do município, inclui os seguintes documentos, cujos modelos estão descritos no referido Termo de Habilitação.

Relatório conclusivo com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS-SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.
Extrato do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso. Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade. Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal.
Consolidado do Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade, conforme modelo definido em Portaria específica da PPI, assinado pelo gestor municipal.

ANEXO III

Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal NOAS-SUS 01/02

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOAS-SUS 01/02: item 55)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
3.A Comprovar o	- Ato legal de criação do CMS.

funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	- Atas das 3 últimas reuniões do CMS. - Declaração da SMS de composição paritária do CMS, conforme prevê a lei 8.142/90.
3.B Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde (FMS).	Ato legal de criação do FMS. Cadastro Financeiro. Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes aos últimos três meses. Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo. Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.
3.C Apresentar o Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS, que deve contemplar Agenda de Saúde Municipal harmonizada com as Agendas Nacional e Estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão	Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal. - Ata do CMS aprovando o PMS atualizado.
3.D Estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso. Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.	Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde. Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS
3.F Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a SES.	Extrato do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.
3.G Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA.	Ato legal de criação do componente municipal do SNA.
3.H Participar da elaboração e da implantação da PPI do Estado, bem	Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo Para Garantia de Acesso. Apresentação, pelo gestor

<p>assim da alocação de recursos expressa na programação. Desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet).</p>	<p>municipal de Plano de Controle, Regulação, e Avaliação, conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas em seu território, a identificação da estrutura, de controle e avaliação que pode ser municipal, microrregional ou regional responsável pelas atividades.</p>
<p>3.J Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.1. Para os pleitos apresentados na CIB até fevereiro de 2002.</p>	<p>Recibos do SIOPS</p>
<p>3.K Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.</p>	<p>Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder público municipal para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária - Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária.</p>
<p>3.L Comprovar a estruturação de serviços e atividades</p>	<p>Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme</p>

de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.	estabelece a legislação vigente. - Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades do município e do estado nas demais ações de vigilância epidemiológica
3.M Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.	Relatório de Gestão do ano anterior. Ata do CMS que aprovou o Relatório de Gestão.
3.N Comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores localizados no território municipal.	- Declaração da CIB de COMANDO ÚNICO DO GESTOR MUNICIPAL.-
3.O Oferta das ações do primeiro nível de complexidade e de leitos hospitalares.	- Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade (M1)
3.P Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS	Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor.
3.Q Formalizar, junto à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPSM.	- Ofício do gestor municipal ao gestor estadual apresentando o processo de habilitação. - Ata do CMS que aprovou a habilitação.

O Termo de Habilitação 3, constante nesta IN, a ser enviado para o MS quando da habilitação do município, inclui os seguintes documentos, cujos modelos estão descritos no referido Termo de Habilitação.

1. Relatório conclusivo com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS-SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.
2. Extrato do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.
3. Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade.
4. Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal.
5. Consolidado do Limite Financeiro Municipal de Média e Alta

Complexidade, conforme modelo definido em Portaria específica da PPI, assinado pelo gestor municipal.

ANEXO IV

Sistematização do Processo de Habilitação de Estados à Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual

NOAS-SUS 01/02

REQUISITOS PARA A HABILITAÇÃO (NOAS SUS 01/02, item 57)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente: - Quadro de metas, compatível com a Agenda de Saúde, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;	Plano Estadual de Saúde (PES), atualizado para a presente gestão estadual
- Programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;	- Ata da reunião do CES que aprovou o Plano Estadual de Saúde (PES)
- Estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;	
- Estratégias de reorganização do modelo de	

<p>atenção. assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos municípios-sede de módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais.</p>	
	<p>PDR de acordo com a NOAS; - Ata de aprovação do PDR na CIB; - Ata de aprovação do PDR no CES.</p>
<p>4.C Comprovar a implementação da programação pactuada e integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos municípios.</p>	<p>PPI de acordo com NOAS;</p>
	<p>- Ata de aprovação da PPI na CIB;</p>
<p>4.D Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde</p>	<p>Recibos do SIOPS</p>

<p>(SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.</p>	
<p>4.E Comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).</p>	<p>Ato legal de criação da CIB; Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito.</p>
<p>4.F Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES).</p>	<p>- Ato legal de criação do CES; - Atas das reuniões do trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento. - Declaração da SES de composição paritária do CES, conforme prevê a lei 8.142/90.</p>
<p>4.G Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde (FES).</p>	<p>-Ato legal de criação do FES; Cadastro financeiro. Extratos das contas do FES dos 3 últimos meses Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo. Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.</p>
<p>4.H Apresentar Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.</p>	<p>-Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde. -Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão.</p>
<p>4.I Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas</p>	<p>- Resolução da CIB atestando a referida transferência.</p>
<p>4.J Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos</p>	<p>- Declaração da CIB de Comando Único dos Sistemas de Saúde por cada gestor de município em GPSM.</p>

municípios habilitados em GPSM, nos termos da NOAS 01/02.	
4.K Comprovar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).	Ato legal de criação do componente estadual do SNA; Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos.
4.L Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet). Comprovar a estruturação e operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares.	- Apresentação pelo gestor estadual, do Plano Estadual de Controle, Regulação e, Avaliação conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas, a identificação da estrutura responsável pelas atividades de controle e avaliação bem como sua inserção formal no organograma funcional da SES.
Comprovar a certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.	Publicação da certificação do estado.
Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de	Ato legal que estabelece atribuição e competência do poder público estadual para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária

desenvolvimento de ações de vigilância sanitária	Assinatura do Termo de Ajuste de Metas.
Estabelecer o Pacto de Indicadores da Atenção Básica referente ao ano em curso.	Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde.
Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela	Ofício do gestor estadual à CIB e ao CES solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos
CIB, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GASE.	- Ata da CIB atestando o cumprimento dos requisitos; - Ata e Resolução da reunião do CES que aprovou o pleito.

ANEXO V

Sistematização do Processo de Habilitação de Estados à Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual NOAS-SUS 01/02

REQUISITOS PARA A HABILITAÇÃO (NOAS SUS 01/02, item 58)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
5.A Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:	Plano Estadual de Saúde (PES), atualizado para a presente gestão estadual.
- Quadro de metas, compatível com a Agenda de Saúde, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;	
- Programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre	- Ata da reunião do CES que aprovou o Plano Estadual de Saúde (PES).

<p>outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;</p>	
<p>- Estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;</p>	
<p>- Estratégias de reorganização do modelo de atenção.</p>	
<p>Apresentar o Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos municípios -sede de módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos</p>	<p>PDR de acordo com a NOAS;</p>

assistenciais.	
	- Ata de aprovação do PDR na CIB;
	- Ata de aprovação do PDR no CES.
Comprovar a implementação da programação pactuada e integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos municípios.	PPI de acordo com NOAS;
	- Ata de aprovação da PPI na CIB;
5.D Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.	Recibos do SIOPS
5.E Comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores	Ato legal de criação da CIB; Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito.

Bipartite (CIB).	
5.F Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES).	Ato legal de criação do CES; Atas das reuniões dos trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento.
	- Declaração da SES de composição paritária do CES, conforme prevê a lei 8.142/90.
5.G Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde (FES).	Ato legal de criação do FES; - Cadastro financeiro. - Extrato das contas do FES dos três últimos meses.
	- Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo.
	Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.
5.H Apresentar Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.	-Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde. -Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão.
5.I Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas	Resolução da CIB atestando a referida transferência ou Termo de Cessão das unidades.
5.J Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados em GPSM, nos termos da NOAS 1/2.	- Cronograma de Ajuste de Comando Único dos municípios em GPSM aprovado pela CIB.
5.K Comprovar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).	Ato legal de criação do componente estadual do SNA; - Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos.
5.L Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle,	Apresentação pelo gestor estadual, do Plano Estadual de Controle, Regulação, e Avaliação conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas, a identificação da estrutura responsável pelas atividades de controle e avaliação, bem como sua inserção formal no Organograma funcional da SES.

<p>regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet), bem como comprovar a estruturação e operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares.</p>	
<p>5.M Comprovar a certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.</p>	<p>Publicação da certificação do estado.</p>
<p>5.N Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária</p>	<p>Assinatura do Termo de Ajuste de Metas.</p>
<p>5. O Estabelecer o Pacto de Indicadores da Atenção Básica referente ao ano em curso.</p>	<p>Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde.</p>
<p>5.P Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de</p>	<p>Declaração da CIB, atestando que o estado cumpre este requisito, validado pela SAS.</p>

GPSE.	
-------	--

Termo de Habilitação 1

Município Pleiteante à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A nos termos da NOAS SUS 01/02

Município	UF	
Prefeito Municipal		
Secretário Municipal da Saúde		
Endereço da SMS		
CEP:	Tel: ()	Fax: ()

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02	
1.A Fundo Municipal de Saúde (FMS)	SIM NÃO
Ato legal de criação do FMS Data / /	() ()
Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes ao último trimestre	() ()
1.B -Conselho Municipal de Saúde (CMS)	
Ato legal de criação do CMS Data / /	() ()
Atas das 3 últimas reuniões do CMS	() ()
1.C -Plano Municipal de Saúde (PMS)	
Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal.	() ()
Ata do CMS que aprovando o PMS atualizado Data / /	() ()
1.D - Controle e Avaliação	
Plano de Controle e Avaliação	() ()
1.E - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal	
Recibos do SIOPS	() ()
1.F - Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso	
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual.	() ()
1.G - Avaliação da Atenção Básica	
Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS	() ()
1.H - Vigilância Sanitária	
Declaração conjunta da SES e SMS Data / /	() ()
1.I - Vigilância Epidemiológica	
Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente.	() ()
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades na vigilância epidemiológica	() ()

1.J - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB	
Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos	() ()
Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação	() ()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / / Responsável pela análise do processo:

Ass.: _____

Comentários: _____

_____ DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES: _____

Ass.: _____

COSEMS: _____

Ass.: _____

Comentários: _____

_____ INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT Data de entrada / / Data de conclusão da análise / / Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não () Data de Publicação: / / Responsável pela análise do

Termo: _____

Ass.: _____ DECISÃO DA CIT Aprovado na Reunião de: / / Publicação no D.O.U. / / Portaria _____ nº ____/____

_____ MS CONASS CONASEMS

Termo de Habilitação 2 Município Habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal nos termos da NOB SUS 01/96, Pleiteante à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal nos termos da NOAS SUS 01/02

Município		UF
Prefeito Municipal		
Secretário Municipal da Saúde		
Endereço da SMS		
CEP:	Tel: ()	Fax: ()

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02	
2.A Conselho Municipal de Saúde (CMS)	SIM NÃO
O CMS apresenta composição paritária, conforme Lei 8.142/90, e funcionamento regular	() ()
2.B - Fundo Municipal de Saúde (FMS)	
O FMS apresenta funcionamento regular, dispõe de rubricas orçamentárias específicas para recebimento do repasse financeiro fundo a fundo e, para pagamento aos prestadores públicos e privados.	() ()
2.C -Plano Municipal de Saúde (PMS)	
Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal. Período:	() ()
2.D - Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual	() ()
2.E - Avaliação da Atenção Básica	
Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS	() ()
2.F - Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a SES	
Extrato do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso	() ()
2.G - Programação Pactuada e Integrada Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso	() ()
2.H - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal Recibos do SIOPS	() ()
2.I - Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria	
O componente municipal do SNA encontra-se estruturado, com funcionamento regular, compatível seu regulamento ou regimento próprio, e com designação dos auditores formalizada a partir de lei ou decreto.	() ()
2.J - Controle, Regulação, e Avaliação	
Plano de Controle, Regulação, e Avaliação	() ()
2.K -Vigilância Sanitária	() ()
2.L - Vigilância Epidemiológica	
Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente.	() ()
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades na vigilância epidemiológica	() ()
() ()	

2.N - Comando Único Declaração da CIB de Comando Único pelo gestor municipal	() ()
2.O - Oferta das ações do M1 e de leitos hospitalares Há disponibilidade de oferta das ações do primeiro nível de complexidade e leitos hospitalares	() ()
2.P - Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor	() ()
2.Q - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB	() ()
Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos Ata da reunião do CMS que aprova o pleito de habilitação	() ()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Municipal de Saúde?

_____ A julgamento da CIB
poderão ser anexadas informações ou documentos
complementares.

Data de entrada do processo na CIB // Data de conclusão da
análise // Responsável pela análise do
processo: _____

Ass.: _____

Comentários: _____

_____ DECISÃO DA CIB

APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO Aprovado na

Reunião de: // Deliberação nº , de //

SES: _____

Ass.: _____

COSEMS: _____

Ass.: _____

Comentários: _____

_____ INFORMAÇÕES DA

SECRETARIA TÉCNICA DA CIT Data de entrada // Data de
conclusão da análise // Cópia da publicação da habilitação do

Município no D.O.E. Sim () Não () Data de Publicação: / /

Responsável pela análise do

Termo: _____

Ass.: _____ DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: / / Publicação no D.O.U. / / Portaria

_____ nº _____ / _____

MS

CONASS CONASEMS Relatório Conclusivo com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS-SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE SUFICIÊNCIA DE OFERTA DAS AÇÕES DO PRIMEIRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], atualmente habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB-SUS 01/96), apresenta capacidade para atender aos compromissos estabelecidos na Programação Pactuada e Integrada entre gestores, realizada no âmbito estadual, incluindo a oferta de todas as ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial e a disponibilidade de leitos hospitalares, conforme estabelecido no Anexo 3 da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02.

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente a esse requisito, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE APROVOU A ATUALIZAÇÃO DA HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO] [LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB] MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL DECLARAÇÃO Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], atualmente habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB-SUS 01/96), assumiu a gestão da totalidade dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores.

[QUANDO FOR O CASO DE ESTABELEECER TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS] No que diz respeito aos hospitais sob gerência de outro nível de governo abaixo relacionados [especificar se sob gerência estadual e/ou federal], o município celebrou termo de compromisso com o ente gerente da unidade, e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao [FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE OU SE FOR O CASO DE UNIDADE FEDERAL COM AUTONOMIA ORÇAMENTÁRIA, AO PRÓPRIO HOSPITAL, EM RUBRICA ESPECÍFICA], o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos.

Nome da Unidade	CGC	Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal)	Data de Celebração do Termo entre o Gestor Municipal e o Ente Gerente da Unidade	Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial	Previsão da Revisão do Termo	Valor mensal
-----------------	-----	--	--	--	------------------------------	--------------

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente ao requisito de comando único do gestor municipal sobre todos os prestadores localizados em seu território, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB] MODELO PARA EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GARANTIA DE ACESSO EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO O município de [NOME DO MUNICÍPIO], representado pelo Secretário Municipal de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL], celebra com o estado de [NOME DO ESTADO], representado pelo Secretário de Estado de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO ESTADUAL] Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, no qual assume o compromisso de atender às referências acordadas entre gestores para atendimento da população residente em outros municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada realizada no âmbito estadual e aprovada pela CIB em [DATA DE APROVAÇÃO DA PPI NA CIB]. Em decorrência da PPI e da celebração do

referido Termo de Compromisso, o Limite financeiro do município passa a apresentar a composição apresentada abaixo:

Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade (R\$)					
UF:					
Município:					
Média Complexidade		Alta Complexidade			Total
População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada

A parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais está sujeita ao atendimento adequado das referências acordadas e às regras de revisão periódica estabelecidas do Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso.

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [de celebração do Termo de Compromisso] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE] Consolidado do Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade, conforme modelo vigente.

Termo de Habilitação 3 Município Pleiteante à Gestão Plena do Sistema Municipal nos termos da NOAS SUS 01/02

Município	UF		
PrefeitoMunicipal			
Secretário Municipal da Saúde			
Endereço da SMS			
CEP:	Tel: ()	Fax: ()	E-mail

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02	
3.A Conselho Municipal de Saúde (CMS)	SIM NÃO
Ato legal de criação do CMS	() ()
Atas das 3 últimas reuniões do CMS	() ()
3.B - Fundo Municipal de Saúde (FMS)	
Ato legal de criação do FMS	() ()
Cadastro Financeiro	() ()
Extratos das contas do FMS referentes aos últimos três meses	() ()
Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos	() ()

financeiros repassados fundo a fundo.	() ()
Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.	
3.C -Plano Municipal de Saúde (PMS)	
Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal	() ()
Ata do CMS aprovando o PMS atualizado	() ()
3.D - Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso	
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual	() ()
3.E - Avaliação da Atenção Básica	
Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS	() ()
3.F - Termo de Compromisso para Garantia de Acesso	
Extrato do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso	() ()
3.G - Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria	
Ato legal de criação do componente municipal do SNA	() ()
3.H - Programação Pactuada e Integrada	
Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso	() ()
3.I - Controle, Regulação e Avaliação Plano de Controle, Regulação, e Avaliação	() ()
3.J - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal Recibos do SIOPS	() ()
3.K - Vigilância Sanitária Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder público municipal para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária	() ()
Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária	() ()
3.L - Vigilância Epidemiológica Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente.	() ()
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades do município e do estado nas demais ações de vigilância epidemiológica	() ()
3.M - Relatório de Gestão	

Relatório de Gestão do ano anterior ao pleito	() ()
Ata do CMS que aprovou o Relatório de Gestão	() ()
3.N - Comando Único Declaração da CIB de Comando Único pelo gestor municipal	() ()
3.O Oferta das ações do primeiro nível de complexidade e de leitos hospitalares.	() ()
Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade-M1 3.P- Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor.	() ()
3.Q - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos	() ()
Ata da reunião do CMS que aprova o pleito de habilitação	() ()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Quem é o executor do Fundo Municipal de Saúde?

_____ A
 julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / / Responsável pela análise do processo: _____

Ass.: _____

Comentários: _____

_____ DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

_____ INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT Data de entrada / / Data de conclusão da análise / / Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não () Data de Publicação: /

/Responsável pela análise do Termo: _____
Ass.: _____ DECISÃO DA CIT Aprovado na
Reunião de: // Publicação no D.O.U. // Portaria
_____ nº ____/____

MS CONASS CONASEMS

RELATÓRIO CONCLUSIVO Com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS-SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE SUFICIÊNCIA DE OFERTA DAS AÇÕES DO PRIMEIRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE
DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO] apresenta capacidade para atender aos compromissos estabelecidos na Programação Pactuada e Integrada entre gestores, realizada no âmbito estadual, incluindo a oferta de todas as ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial e a disponibilidade de leitos hospitalares, conforme estabelecido no Anexo 3 da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02.

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente a esse requisito, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE APROVOU A ATUALIZAÇÃO DA HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO] [LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB] MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL DECLARAÇÃO Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO] assumiu a gestão da totalidade dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores.

[QUANDO FOR O CASO DE ESTABELEECER TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS]

No que diz respeito aos hospitais sob gerência de outro nível de governo abaixo relacionados [especificar se sob gerência estadual

e/ou federal], o município celebrou termo de compromisso com o ente gerente da unidade, e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao [FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE OU SE FOR O CASO DE UNIDADE FEDERAL COM AUTONOMIA ORÇAMENTÁRIA, AO PRÓPRIO HOSPITAL, EM RUBRICA ESPECÍFICA], o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos.

Nome da Unidade	CGC	Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal)	Data de Celebração do Termo entre o Gestor Municipal e Ente Gerente da Unidade	Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial	Previsão da Revisão do Termo	Valor mensal
-----------------	-----	--	--	--	------------------------------	--------------

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente ao requisito de comando único do gestor municipal sobre todos os prestadores localizados em seu território, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB] MODELO PARA EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GARANTIA DE ACESSO EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO O município de [NOME DO MUNICÍPIO], representado pelo Secretário Municipal de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL], celebra com o estado de [NOME DO ESTADO], representado pelo Secretário de Estado de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO ESTADUAL] Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, no qual assume o compromisso de atender às referências acordadas entre gestores para atendimento da população residente em outros municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada realizada no âmbito estadual e aprovada pela CIB em [DATA DE APROVAÇÃO DA PPI NA CIB]. Em decorrência da PPI e da celebração do referido Termo de Compromisso, o Limite financeiro do município passa a apresentar a composição apresentada abaixo:

Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade (R\$)
UF:
Município:

Média Complexidade		Alta Complexidade		Total	
População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada

A parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais está sujeita ao atendimento adequado das referências acordadas e às regras de revisão periódica estabelecidas do Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso.

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [de celebração do Termo de Compromisso] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE] Consolidado do Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade, conforme modelo vigente.

Termo de Habilitação 4 Estado Pleiteante à Gestão Avançada do Sistema Estadual nos termos da NOAS SUS 1/2
Estado _____

Governador _____

Secretário Estadual da
Saúde

Endereço da SES

CEP: _____ Tel: (_____) _____
Fax: (_____) _____ E-mail _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02	
	SIM NÃO
4.A Plano Estadual de Saúde (PES)	
Plano Estadual de Saúde, atualizado para a presente gestão	() ()
Ata da reunião do CES que aprovou o PES	() ()
4.B - Plano Diretor de Regionalização (PDR)) PDR e PDI de acordo com a NOAS	
Ata de aprovação do PDR e do PDI na CIB e no CES	() ()
4.C -Programação Pactuada e Integrada (PPI)	
PPI de acordo com NOAS	() ()
Ata de aprovação da PPI na CIB	() ()
4.D - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual Recibos do SIOPS	() ()
4.E - Comissão Intergestores Bipartite Ato legal de criação da CIB	() ()
Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito	() ()

4.F - Conselho Estadual de Saúde Ato legal de criação do CES	() ()
Atas das reuniões dos trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento	() ()
4.G - Fundo Estadual de Saúde Ato legal de criação do FES;	() ()
Cadastro financeiro.	() ()
Extratos das contas do FES dos 3 últimos meses	() ()
Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo.	() ()
Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.	() ()
4.H - Relatório de Gestão Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde	() ()
Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão	() ()
4.I - Descentralização das Unidades Assistenciais Básicas para os municípios	() ()
Resolução da CIB atestando a referida transferência	() ()
4.J - Transferência da Gestão Hospitalar e Ambulatorial para municípios em GPSP/NOAS	() ()
Declaração da CIB de Comando Único dos Sistemas de Saúde por cada gestor de município em GPSP ou Cronograma de Adequação.	() ()
4.K - Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria	() ()
Ato legal de criação do componente estadual do SNA;	() ()
Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos	() ()
4.L - Controle, Regulação, e Avaliação Plano de Controle, Regulação, e Avaliação	() ()
4.M - Vigilância Epidemiológica Publicação da certificação do estado	() ()
4.N - Vigilância Sanitária Ato legal que estabelece atribuição e competência do poder público estadual para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária	() ()
Assinatura do Termo de Ajuste de Metas	() ()
4.O - Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde	() ()

4.P - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB e ao CES	() ()
Ofício do gestor estadual à CIB e ao CES solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos	() ()
Ata da CIB atestando o cumprimento dos requisitos	() ()
Ata e Resolução da reunião do CES que aprovou o pleito	() ()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Estadual de Saúde?

_____ A julgamento da CIB e do CES poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo: na CIB / / ; no CES / / Data de conclusão da análise: na CIB / / ; no CES / / Responsável pela análise do processo:

na CIB _____ Ass.: _____;

no CES: _____ Ass.: _____

Comentários:

CIB: _____

CES: _____

_____ DECISÃO DA CIB E CES
APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO CIB: Aprovado na
Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES: _____ Ass

s.: _____

COSEMS: _____

Ass.: _____ CES: Aprovado na Reunião
de: / / Deliberação nº , de / / Presidente do CES

_____ Ass.: _____

Comentários: _____

_____ INFORMAÇÕES DA
SECRETARIA TÉCNICA DA CIT Data de entrada / / Data de
conclusão da análise / / Cópia da publicação da habilitação do
Município no D.O.E. Sim () Não () Data de Publicação: / /

Responsável pela análise do

Termo: _____ Ass.: _____

_____ DECISÃO DA CIT Aprovado na Reunião de: / / Publicação
no D.O.U. / / Portaria _____ nº ____/____

_____ MS CONASS CONASEMS Termo de
Habilitação 5 Estado Pleiteante à Gestão Plena do Sistema
Estadual nos termos da NOAS SUS 01/02
Estado _____

_____ Governador _____

_____ Secretário Estadual da Saúde

_____ Endereço da SES

_____ CEP: _____ Tel: (_____ Fax: (_____
) _____ E-mail _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS
SUS 01/02 E IN 01/02

5.A Plano Estadual de Saúde (PES)	SIM NÃO
Plano Estadual de Saúde, atualizado para a presente gestão	() ()
Ata da reunião do CES que aprovou o PES	() ()
5.B - Plano Diretor de Regionalização (PDR)) PDR de acordo com a NOAS	() ()
Ata de aprovação do PDR na CIB	() ()
Ata de aprovação do PDR no CES	() ()
5.C -Programação Pactuada e Integrada (PPI) PPI de acordo com NOAS	() ()
Ata de aprovação da PPI na CIB	() ()
5.D - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual Recibos do SIOPS	() ()
5.E - Comissão Intergestores Bipartite Ato legal de criação da CIB	() ()
Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito	() ()
5.F - Conselho Estadual de Saúde Ato legal de criação do CES Atas das reuniões do trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento	() ()
5.G - Fundo Estadual de Saúde Ato legal de criação do FES;	() ()
Cadastro financeiro.	() ()
Extratos das contas do FES dos 3 últimos meses	() ()
Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo.	() ()
Rubrica orçamentária específica para pagamento	() ()

aos prestadores públicos e privados.	
5.H - Relatório de Gestão Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde.	() ()
Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão	() ()
5.I - Descentralização das Unidades Assistenciais Básicas para os municípios Resolução da CIB atestando a referida transferência.	() ()
5.J - Transferência da Gestão Hospitalar e Ambulatorial para municípios em GPSM/NOAS Declaração da CIB de Comando Único dos Sistemas de Saúde por cada gestor de município em GPSM ou Cronograma de Adequação.	() ()
5.K - Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria Ato legal de criação do componente estadual do SNA;	() ()
Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos	() ()
5.L - Controle, Regulação, e Avaliação Plano de Controle, Regulação, e Avaliação.	() ()
5.M - Vigilância Epidemiológica Publicação da certificação do estado	() ()
5.N - Vigilância Sanitária Ato legal que estabelece atribuição e competência do poder público estadual para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária Assinatura do Termo de Ajuste de Metas	() ()
5.O - Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde	() ()
5.P - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB e ao CES Ofício do gestor estadual à CIB e ao CES solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos	() ()
Ata da CIB atestando o cumprimento dos requisitos Ata e Resolução da reunião do CES que aprovou o pleito	() ()
5.Q - Dispor de 50% do valor do LIMITE FINANCEIRO DA ASSISTÊNCIA do Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.	() ()
Declaração da CIB, atestando que o estado cumpre este requisito, validada pela SAS.	() ()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Estadual de Saúde?

_____ A

Julgamento da CIB e do CES poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo: na CIB / / ; no CES / / Data de conclusão da análise: na CIB / / ; no CES / / Responsável pela análise do processo:

Na CIB _____ Ass.: _____;
no CES: _____ Ass.: _____

Comentários:

CIB: _____

CES _____

_____ DECISÃO DA CIB E CES
APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO CIB: Aprovado na
Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES: _____ Ass

s: _____

COSEMS: _____ Ass

s.: _____ CES: Aprovado na Reunião
de: / / Deliberação nº , de / / Presidente do CES

Ass: _____

Comentários: _____

_____ INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA

DA CIT Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim ()

Não () Data de Publicação: / / Responsável pela análise do

Termo: _____

Ass.: _____

DECISÃO DA CIT Aprovado na Reunião de: / / Publicação no
D.O.U. / / Portaria _____ nº _____ / _____

_____ MS CONASS CONASEMS ANEXO III
PACTO PELA SAÚDE 2006 Consolidação do SUS O Sistema Único
de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar
duas décadas de existência. Nesses poucos anos, foi construído,
no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à
população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e
de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil
leitos. Sua produção anual é de aproximadamente 12 milhões de

internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo País do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunizações no atendimento relativo à Atenção Básica. O SUS é avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo o território nacional.

Ao longo de sua história, houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido dos gestores do SUS um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de se imporem normas gerais a um País tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes:

Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Essas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 I - O PACTO PELA VIDA:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

SAÚDE DO IDOSO:

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E DE MAMA:

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, NA HANSENÍASE, NA TUBERCULOSE, NA MALÁRIA E NA INFLUENZA

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e às endemias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE:

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, da alimentação saudável e do combate ao tabagismo.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica à Saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

II - O PACTO EM DEFESA DO SUS:

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos.

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000, pelo Congresso Nacional.

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS.

III - O PACTO DE GESTÃO DO SUS

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um País continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais.

Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e na descentralização do SUS, tornando-se por base uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados, e para os Municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da

desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos;

reforça os mecanismos de transferência, fundo a fundo, entre gestores;

integra em grandes blocos o financiamento federal; e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

ESTABELEECER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento;

Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Este PACTO PELA SAÚDE 2006, aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e será operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

ANEXO IV

DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PACTO PELA SAÚDE EM 2006 - CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Transcorridas duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de

saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do País e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Frente a essa necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da Atenção à Saúde. O documento a seguir contempla o pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças locorregionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macrofunção de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em consequência das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Para efeitos desse Pacto, será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

1 - O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

- promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

- a implantação de serviços de atenção domiciliar;
- o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- fortalecimento da participação social;
- formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2 - Ações estratégicas:

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde;

Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa

para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Programa de Educação Permanente a Distância - implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de Atenção Básica em Saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde;

Acolhimento - reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso;

Assistência Farmacêutica - desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa;

Atenção Diferenciada na Internação - instituir avaliação geriátrica global, realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar; e

Atenção domiciliar - instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

B- CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E DE MAMA:

1 - Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Colo do Útero:

Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer de colo do útero, conforme protocolo, em 2006.

Incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometidas (com lesões intraepiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

2 - Metas para o Controle do Câncer de Mama:

Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.

Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

C - REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL:

1 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.

Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006.

Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.

Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos Municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.

2 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006.

Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.

Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.

D - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDÊMICAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, NA HANSENIASE, NA TUBERCULOSE, NA MALARIA E NA INFLUENZA.

Objetivos e metas para o Controle da Dengue Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos Municípios prioritários, em 2006.

Reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos Municípios prioritários até 2006.

2 - Meta para a Eliminação da Hanseníase:

Atingir o patamar de eliminação como problema de saúde pública, ou seja, menos de um caso por 10.000 habitantes em todos os Municípios prioritários, em 2006.

3 - Meta para o Controle da Tuberculose:

Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.

4- Metas para o Controle da Malária Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006.

5 - Objetivo para o Controle da Influenza Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação - SIVEP-GRIPE, em 2006.

E - PROMOÇÃO DA SAÚDE

1 - Objetivos:

Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores.

Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo.

Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros.

Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável.

Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos Estados e Municípios, devendo iniciar sua implementação em 2006.

F - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

1 - Objetivos Assumir a Estratégia de Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças locais regionais.

Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da Atenção Básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.

Consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios Municípios.

Ampliar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos.

Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.

Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e a fixação dos profissionais.

Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da Estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades locais regionais.

II - PACTO EM DEFESA DO SUS A - DIRETRIZES

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar as seguintes diretrizes:

Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição.

Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

2 - O Pacto em Defesa do SUS deve se firmar através de iniciativas que busquem:

A repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS.

A Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito;

A garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

3 - Ações do Pacto em Defesa do SUS:

As Ações do Pacto em Defesa do SUS devem contemplar:

Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.

Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;

Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania.

Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

Regulamentação da EC nº 29, de 14 de setembro de 2000, pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03, já aprovado e aprimorado em três comissões da Câmara dos Deputados.

Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição.

III - PACTO DE GESTÃO

Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento;

Programação Pactuada e Integrada - PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

IV - DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS

1. - Premissas da descentralização Buscando aprofundar o processo de descentralização, com ênfase numa descentralização compartilhada, são fixadas as seguintes premissas, que devem orientar este processo:

Cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, a participação no cofinanciamento, a cooperação técnica, a avaliação, a regulação, o controle e a fiscalização, além da mediação de conflitos.

Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite.

As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.

As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso;

A Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Bipartite.

O detalhamento deste processo, no que se refere à descentralização de ações realizadas hoje pelo Ministério da Saúde, será objeto de portaria específica.

2 - Regionalização A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização - PDR, o Plano Diretor de Investimento - PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde - PPI, detalhados no corpo deste documento.

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada Estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional, e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na Atenção Básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da Vigilância em Saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

2.1- Objetivos da Regionalização:

Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.

Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão locorregional que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no País.

Garantir a integralidade na atenção a saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo Estados e Municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses locais possam ser organizadas e expressadas na região.

Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

- Regiões de Saúde As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território.

A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado.

A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessária a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares.

O conjunto de responsabilidades não compartilhadas refere-se à Atenção Básica e às ações básicas de Vigilância em Saúde, que deverão ser assumidas por cada Município.

As ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolutividade e a integralidade de acesso.

Os Estados e a União devem apoiar os Municípios para que estes assumam o conjunto de responsabilidades.

O corte no nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em Atenção Básica e parte da média complexidade.

Quando a suficiência em Atenção Básica e parte da média complexidade não forem alcançadas, deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, juntamente com a definição dos investimentos, quando necessário.

O planejamento regional deve considerar os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso.

Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos interregionais, com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião.

O ponto de corte da média complexidade que deve estar na Região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, considerando a realidade de cada Estado. Em alguns Estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.

As Regiões podem ter os seguintes formatos:

Regiões intraestaduais, compostas por mais de um Município, dentro de um mesmo Estado.

Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo Município de grande extensão territorial e densidade populacional.

Regiões Interestaduais, conformadas tomando-se por base Municípios limítrofes em diferentes Estados.

Regiões Fronteiriças, conformadas tomando-se por base Municípios limítrofes com países vizinhos.

Nos casos de regiões fronteiriças, o Ministério da Saúde deve envidar esforços no sentido de promover articulação entre os países e os órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e conseqüente organização da atenção nos Municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas Regiões e participando do colegiado de gestão regional.

- Mecanismos de Gestão Regional Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão

Regional. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB.

O Colegiado de Gestão Regional constitui-se num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.

O Colegiado deve ser formado pelos gestores Municipais de saúde do conjunto de Municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e o comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

Nos casos onde as CIB regionais estão constituídas por representação e não for possível a imediata incorporação de todos os Municípios da Região de Saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os Municípios nos respectivos colegiados regionais.

O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a Programação Pactuada Integrada da Atenção em Saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada Município e do Estado.

Os colegiados de gestão regional deverão ser apoiados pelas câmaras técnicas permanentes que os subsidiarão com informações e análises relevantes.

- Etapas do Processo de Construção da Regionalização - Critérios para a composição da Região de Saúde, expressa no PDR:

Contiguidade entre os Municípios.

Respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural.

Existência de infraestrutura de transportes e de redes de comunicação que permitam o trânsito das pessoas entre os Municípios.

Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde.

Considerar a rede de ações e serviços de saúde, na qual:

Todos os Municípios se responsabilizam pela Atenção Básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde.

O desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em Atenção Básica e parte da Média Complexidade.

A suficiência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos.

O desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso.

O desenho garante a integralidade da atenção e para isso as Regiões devem pactuar entre si arranjos interregionais, se necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião. O ponto de corte de média e alta-complexidade na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, considerando a realidade de cada Estado.

- Constituição, Organização e Funcionamento do Colegiado de Gestão Regional:

A constituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos Municípios que compõem a Região e da representação estadual.

Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos Municípios da Região de Saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais.

Constituir uma estrutura de Apoio ao colegiado, através de câmara técnica e, eventualmente, grupos de trabalho formados com técnicos dos municípios e do Estado.

Estabelecer uma agenda regular de reuniões.

O funcionamento do Colegiado deve ser organizado de modo a exercer as funções de:

Instituir um processo dinâmico de planejamento regional.

Atualizar e acompanhar a Programação Pactuada Integrada de Atenção em Saúde.

Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos.

Priorizar linhas de investimento.

Estimular estratégias de qualificação do controle social.

Apoiar o processo de planejamento local.

Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional.

- Reconhecimento das Regiões As Regiões Intramunicipais deverão ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões Intergestores.

As Regiões Intraestaduais deverão ser reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do MS.

As Regiões Interestaduais deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação da Comissão Intergestores Tripartite.

As Regiões Fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação da Comissão Intergestores Tripartite.

O desenho das Regiões intra e interestaduais deve ser submetido à aprovação pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde.

3. - Financiamento do Sistema Único de Saúde.

3.1 - São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:

Responsabilidade das três esferas de gestão - União, Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde.

Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnicorracial e social.

Repasse, fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores.

Financiamento de custeio com recursos federais constituídos, organizados e transferidos em blocos de recurso.

O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo às especificidades previstas nesses blocos, conforme regulamentação específica.

As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

- Os Blocos de Financiamento para o custeio são:

Atenção Básica Atenção de Média e Alta Complexidade Vigilância em Saúde Assistência Farmacêutica Gestão do SUS a) Bloco de Financiamento para a Atenção Básica O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, devendo os recursos federais compor o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável cujos valores serão estabelecidos em portaria específica, com memórias de cálculo anexas.

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros, que agrega as estratégias destinadas ao custeio de ações de Atenção Básica à Saúde.

Os recursos financeiros do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal.

O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da Atenção Básica em saúde, tais como:

I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

V - Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas;

VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico. (NR)

Os recursos do PAB Variável serão transferidos ao Município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destina e a utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde.

O PAB Variável da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde passam a compor os seus Blocos de Financiamento respectivos.

Compensação de Especificidades Regionais é um montante financeiro igual a 5% do valor mínimo do PAB fixo multiplicado pela população do Estado, para que as CIBs definam a utilização do recurso de acordo com as especificidades estaduais, podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados. Os critérios definidos devem ser levados ao conhecimento do plenário da CIT.

b) Bloco de Financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e à alta complexidade em saúde compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios.

Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FAEC serão incorporados ao Limite Financeiro de cada Estado, Município e do Distrito Federal, conforme pactuação entre os gestores.

O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

II - transplantes e procedimentos vinculados;

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido; e

IV - novos procedimentos, não-relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC. (NR)

c) Bloco de Financiamento para a Vigilância em Saúde:

Os recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde compõem o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária.

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde da Vigilância Sanitária em Saúde.

O financiamento para as ações de vigilância sanitária deve consolidar a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto das atividades.

O Limite Financeiro de Vigilância em Saúde será transferido em parcelas mensais e o valor da transferência mensal para cada um dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, bem como o Limite Financeiro respectivo será estabelecido em portaria específica e detalhará os diferentes componentes que o formam, com memórias de cálculo anexas.

No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios (VIGISUS II); e

II - Programa DST/Aids. (NR)

Os recursos alocados tratados pela Portaria nº 1349/2002/GM, deverão ser incorporados ao Limite Financeiro de Vigilância em Saúde do Município quando este comprovar a efetiva contratação dos agentes de campo.

No Componente da Vigilância Sanitária, os recursos do Termo de Ajuste e Metas - TAM, destinados e não transferidos aos Estados e aos Municípios, nos casos de existência de saldo superior a 40% dos recursos repassados no período de um semestre, constituem um Fundo de Compensação em VISA, administrado pela ANVISA e destinado ao financiamento da gestão e descentralização da Vigilância Sanitária.

Em Estados onde o valor per capita que compõe o TAM não atinge o teto orçamentário mínimo daquele Estado, a União assegurará recurso financeiro para compor o Piso Estadual de Vigilância Sanitária - PEVISA.

d) Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica A Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS, devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde.

O Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica organiza-se em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para Ações de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS.

O Componente Básico é composto de uma Parte Fixa e de uma Parte Variável, sendo:

Parte Fixa: valor com base per capita para Ações de Assistência Farmacêutica para a Atenção Básica, transferido aos Municípios, ao Distrito Federal e aos Estados, conforme pactuação nas CIBs e com contrapartida financeira dos Estados e dos Municípios.

Parte Variável: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher;

Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

A parte variável do Componente Básico será transferida ao Município ou ao Estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos programas específicos.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para Ações de Assistência farmacêutica de programas estratégicos.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - controle de endemias, tais como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - Programa DST/Aids (antirretrovirais);

III - Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados; e

IV - Imunobiológicos. (NR)

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional consiste em financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional, para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 - Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS.

A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação, e a dispensação, de responsabilidade do Estado.

O Ministério da Saúde repassará aos Estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos Estados, com base nas emissões das Autorizações para Pagamento de Alto Custo

APAC.

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional será readequado através de pactuação entre os gestores do SUS, das diretrizes para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.

As Diretrizes a ser pactuadas na CIT, deverão nortear-se pelas seguintes proposições:

Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas.

Definição de percentual para o cofinanciamento entre gestor federal e gestor estadual.

Revisão periódica dos valores da tabela.

Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

e) Bloco de Financiamento para a Gestão do Sistema Único de Saúde O Bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos:

Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria Planejamento e Orçamento.

Programação.

Regionalização.

Participação e Controle Social.

Gestão do Trabalho.

Educação em Saúde.

Incentivo à Implementação de Políticas Específicas.

Os recursos referentes a este bloco serão transferidos, fundo a fundo, e regulamentados por portaria específica.

- Financiamento para Investimentos Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da Atenção à Saúde.

Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

Estímulo à Regionalização - deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDI (Plano de Desenvolvimento Integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e de escopo com equidade no acesso.

Investimentos para a Atenção Básica - recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária, transferidos, fundo a fundo, para Municípios que apresentarem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

4 - Planejamento no SUS

4.1 - O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e a avaliação.

Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais e regionais.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersectorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento, se levar-se-ão em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

4.2 - Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a ser adotados pelas três esferas de gestão.

Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa.

Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS.

Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores.

Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências.

Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS.

Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou o redirecionamento.

Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS.

Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nesses processos.

Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersectorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento.

Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

4.3 - Pontos de pactuação priorizados para o Planejamento.

Considerando a conceituação, a caracterização e os objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação:

Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão quanto do SUS como um todo.

Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS.

Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento - tais como planos, relatórios, programações - a ser adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes.

Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde PPI.

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referência entre Municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão.

Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente.

A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade.

A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas.

A programação da assistência deverá buscar a integração com a programação da vigilância em saúde.

Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência.

A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.

A Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

A Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele Estado.

Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial Para efeitos dessas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as Regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Contratação - o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

Complexos Reguladores - uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-Hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, o controle assistencial e a avaliação, assim como com outras funções da gestão, como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e a respectiva gestão, ser

pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

Auditoria Assistencial ou Clínica - processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados.

Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as nãoconformidades.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

- cada prestador responde apenas a um gestor.
- a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do Município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:
 - da descentralização, municipalização e comando único;
 - da busca da escala adequada e da qualidade;
 - considerar a complexidade da rede de serviços locais;
 - considerar a efetiva capacidade de regulação; e
- a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

A regulação das referências intermunicipais é de 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;

A operação dos complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:

- pelo gestor estadual, que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador:
- pelo gestor estadual, que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual; e
- pelo gestor municipal, com cogestão do Estado e representação dos Municípios da região;

- modelos que diferem do item 'd' acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

São metas para este Pacto, no prazo de um ano:

- contratualização de todos os prestadores de serviço;
- colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;
- extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7; e
- participação e Controle Social.

A participação social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8142 de 28 de dezembro de 1990), e é parte fundamental deste Pacto.

7.1 - As ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro deste Pacto são:

- apoiar os Conselhos de Saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que esses conselhos e conferências mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;
- apoiar o processo de formação dos conselheiros;
- estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
- apoiar a implantação e a implementação de ouvidorias nos Estados e Municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS; e
- apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do Pacto.

Gestão do Trabalho

8.1 - As diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS são as seguintes:

- a política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho;
- Estados, Municípios e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores de saúde;
- o Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS;
- desenvolver, pelas três esferas de gestão, estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;
- as Diretrizes para Planos de Cargos e Carreiras do SUS devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no Sistema;
- promover relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho;
- desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos Municípios, pelos Estados e pela União, conforme legislação vigente;
- os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação dos SUS atuarão solidariamente na busca do cumprimento deste item, observadas as responsabilidades legais de cada segmento;
- estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS; e
- as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de Recursos Humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde.

8.2 - Serão priorizados os seguintes componentes na estruturação da Gestão do Trabalho no SUS:

Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS - esse componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de Gestão do Trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídicolegal;

atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional e estrutura física e equipamentos. Serão priorizados, para este componente, Estados, capitais, Distrito Federal e nos Municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam ou venham a criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas Secretarias Estaduais e nas Municipais de Saúde;

Capacitação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS - esse componente trata da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu desenvolvimento, a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou a distância, por meio das estruturas formadoras existentes;

Sistema Gerencial de Informações - esse componente propõe proceder à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho.

Educação na Saúde

9.1 - As diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde são:

Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;

Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas;

Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de

trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;

Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos Municípios e Estados nesse processo;

Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a consequente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;

Centrar o planejamento, a programação e o acompanhamento das atividades educativas e consequentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde; e

Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

B - RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Este capítulo define as Responsabilidades Sanitárias e atribuições do Município, do Distrito Federal, do Estado e da União. A gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite -- CIB e nas Tripartite - CIT.

Algumas responsabilidades atribuídas aos Municípios devem ser assumidas por todos os Municípios. As outras responsabilidades serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

No que se refere às responsabilidades atribuídas aos Estados, essas devem ser assumidas por todos eles.

Com relação à gestão dos prestadores de serviço, fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002. As referências na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de Estados e

Municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

1 - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

1.1 - MUNICÍPIOS

Todo Município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União.

Todo Município deve:

Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;

ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

Promover a equidade 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;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Assumir a gestão e executar as ações de Atenção Básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de Atenção Básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo Estado ou pela União;

Com apoio dos Estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, monitoramento e avaliação;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na Atenção Básica, viabilizando o planejamento, a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da Atenção Básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de Atenção Básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde;

Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Estado, Distrito Federal e com os demais Municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde;

Garantir essas referências de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;

Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de Atenção Básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

Promover a estruturação da Assistência Farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e as pactuações estabelecidas;

Assumir a gestão e a execução das Ações de Vigilância em Saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e as pactuações estabelecidas; e

Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

1.2 - ESTADOS

Responder, solidariamente com Municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;

Apoiar Técnica e financeiramente os Municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes;

Apoiar Técnica, política e financeiramente a gestão da Atenção Básica nos Municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os Municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;

Desenvolver, considerando a identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, monitoramento e avaliação;

Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos Municípios da região;

Organizar e pactuar com os Municípios o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade, considerando a Atenção Básica, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde;

Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;

Apoiar técnica e financeiramente os Municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de Atenção Básica;

Promover a estruturação da Assistência Farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e as pactuações estabelecidas;

Coordenar e executar e as ações de Vigilância em Saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta

área, de acordo com as normas vigentes e as pactuações estabelecidas;

Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de Vigilância em Saúde no Município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no menor prazo possível, sua responsabilidade;

Executar algumas ações de Vigilância em Saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;

Supervisionar as ações de prevenção e controle da Vigilância em Saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os Municípios;

Apoiar técnica e financeiramente os Municípios para que executem com qualidade as ações de Vigilância em Saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

e Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/ hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento dessa rede de serviço.

1.3 - DISTRITO FEDERAL

Responder, solidariamente com a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos e ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

Promover a equidade 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;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;

Assumir a gestão e executar as ações de Atenção Básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de Atenção Básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela União;

Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de Atenção Básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

Realizar o acompanhamento e a avaliação da Atenção Básica no âmbito do seu território;

Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

Desenvolver tomando-se por base a identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, monitoramento e avaliação;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;

Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na Atenção Básica, viabilizando o planejamento, a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e a equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada, considerando as necessidades da Atenção Básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de Atenção Básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde;

Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os Estados

envolvidos no âmbito regional, conforme a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde;

Promover a estruturação da Assistência Farmacêutica e garantir, em conjunto com a União, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e as pactuações estabelecidas;

Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde;

Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

Assumir a gestão e a execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas no âmbito do seu território, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e as pactuações estabelecidas;

Executar e coordenar as Ações de Vigilância em Saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade dessa área, de acordo com as normas vigentes e as pactuações estabelecidas;

Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;0 e

Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/ hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento dessa rede de serviço.

1.4 - UNIÃO

Responder, solidariamente com os Municípios, o Distrito Federal e os Estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e a avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso;

Apoiar o Distrito Federal, os Estados e, juntamente com estes, os Municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;

Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os Municípios, em conjunto com os Estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de Atenção Básica;

Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da Atenção Básica;

Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da Atenção Básica no SUS;

Identificar, em articulação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Promover a estruturação da Assistência Farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e as pactuações estabelecidas;

Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, tomando-se por base a Atenção Básica;

Coordenar e executar as Ações de Vigilância em Saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade dessa área, de acordo com as normas vigentes e as pactuações estabelecidas;

Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;

Proceder à investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;

Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública - Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - RNLSP nos aspectos relativos à Vigilância em Saúde;

Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de Vigilância em Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, comprometendo-se a cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

Apoiar técnica e financeiramente os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para que executem com qualidade as Ações de Vigilância em Saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e às pactuações estabelecidas; e

Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

2. - RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

2.1 - MUNICÍPIOS

Todo Município deve:

Contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIBs regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos Municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os Municípios nos respectivos colegiados de gestão regionais; e

Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.

2.2 - ESTADOS

Contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e as pactuações na CIB;

Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras; e

Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

2.3 - DISTRITO FEDERAL

Contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;

Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;

e Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

2.4. - UNIÃO

Contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e as pactuações na CIT;

Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos Estados e/ou dos Municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade interregional e interestadual;

Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida; e

Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

3 - RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

3. 1. - MUNICÍPIOS

Todo Município deve:

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

Formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

Operar os sistemas de informação referentes à Atenção Básica, conforme as normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:

Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES; e quando couber, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar - SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;e

Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde.

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

3.2. - ESTADOS

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Coordenar, acompanhar e apoiar os Municípios na elaboração da Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;

Apoiar, acompanhar, consolidar e operar, quando couber, no âmbito estadual e no regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde; e

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os Municípios naqueles de responsabilidade municipal.

3.3. - DISTRITO FEDERAL

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;

Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;

Operar os sistemas de informação referentes à Atenção Básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de

Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC; Sistema de Informação Ambulatorial - SIA; e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES; Sistema de Informação Hospitalar - SIH;

e Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território; e

Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e a vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde.

3.4. - UNIÃO

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, pactuar no âmbito da CIT, e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

Coordenar, acompanhar e apoiar os Municípios, os Estados e o Distrito Federal na elaboração da Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, no âmbito nacional;

Gerenciar, manter e elaborar, quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e a autorização de procedimentos, o

processamento da produção e a preparação para a realização de pagamentos; e

Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

4. - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

4.1 - MUNICÍPIOS

Todo Município deve:

Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência, regular e automática, fundo a fundo, e por convênios;

Realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

Monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo as normas do Ministério da Saúde;

Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;

Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e as diretrizes nacionais, estaduais e regionais;

Controlar a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, procedendo à solicitação e/ou à autorização prévia, quando couber;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal;

Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a

produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a cogestão com o Estado e com Municípios, das referências intermunicipais;

Executar o controle do acesso do seu munícipe aos leitos disponíveis, às consultas, às terapias e aos exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde;

Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como com os das unidades públicas;

Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

Monitorar e fiscalizar o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;

Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

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;

Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão; e

Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal para o seu território.

4.2. - ESTADOS

Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal para o seu território;

Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;

Monitorar o cumprimento pelos Municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na Programação, Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde;

Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os Municípios nessa atividade;

Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação desses protocolos;

Controlar a referência a ser realizada em outros Estados, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, procedendo à solicitação e/ou à autorização prévia, quando couber;

Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

Participar da cogestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;

Operar os complexos reguladores no que diz respeito à referência intermunicipal, conforme pactuação;

Monitorar a implementação e a operacionalização das centrais de regulação;

Cooperar tecnicamente com os Municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;

Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar esse processo em relação aos Municípios;

Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;

Monitorar o cumprimento, pelos Municípios, das programações físico-financeiras definidas na Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde;

Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos Municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;

Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados; e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;

Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde, realizadas pelos Municípios e pelo gestor estadual;

Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais de saúde;

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão 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.

4.3. - DISTRITO FEDERAL

Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal para o seu território;

Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência, regular e automática, fundo a fundo, e por convênios;

Realizar a identificação dos usuários do SUS, no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

Monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;

Controlar a referência a ser realizada em outros Estados, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, procedendo à solicitação e/ou à autorização prévia;

Operar a central de regulação do Distrito Federal para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;

Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Executar o controle do acesso do seu usuário aos leitos disponíveis, às consultas, às terapias e aos exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde;

Observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais;

Processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;

Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde; e

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

4.4. - UNIÃO

Cooperar tecnicamente com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;

Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio, aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

Monitorar o 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 em Saúde;

Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;

Coordenar e cooperar com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios no processo de Cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;

Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;

Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos na qualidade de padrão nacional de utilização desses procedimentos e de seus preços;

Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;

Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;

Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;

Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

Coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, apoiando-os na sua utilização;

Acompanhar, monitorar e Avaliar a Atenção Básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;

Monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde, realizadas pelos Municípios, Distrito Federal, Estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde; e

Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

5.1 - MUNICÍPIOS

Todo Município deve:

Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente.

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;

Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a Atenção Básica.

5.2 - ESTADOS Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e

apoiando técnica e financeiramente os Municípios na mesma direção;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a Atenção Básica.

5.3 - DISTRITO FEDERAL

Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e no regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários, no âmbito da gestão do Distrito Federal;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a Atenção Básica.

5.4 - UNIÃO

Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação dessas políticas;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à força de trabalho descentralizada;

Fortalecer a 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;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os Estados e Municípios na mesma direção;

Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde - PCCS/SUS; e

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a Atenção Básica.

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

6.1 - MUNICÍPIOS

Todo Município deve:

Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e os processos relativos a ela, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento;

Promover diretamente ou em cooperação com o Estado, com os Municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde;

Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde; e

Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

Articular a construção e a implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, cooperando com esses procedimentos; e

Promover e articular, junto às Escolas Técnicas de Saúde, uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.

6.2 - ESTADOS

Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos a ela, no âmbito estadual;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;

Apoiar e fortalecer a articulação com os Municípios e entre estes, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;

Articular o processo de vinculação dos Municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;

Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

e Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual.

6.3 - DISTRITO FEDERAL

Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos a ela, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de

coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;

Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;

Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde; e

Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

6.4 - UNIÃO

Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente Estados e Municípios no desenvolvimento dessas políticas;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde; e

Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

7.1 - MUNICÍPIOS

Todo Município deve:

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral; e

apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

7.2 - ESTADOS

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS; e

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

7.3 - DISTRITO FEDERAL

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS; e

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

7.4 - UNIÃO

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde; e

Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

V - IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

A - PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Para a implantação destes Pactos, ficam acordados os seguintes pontos:

A implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas pactuadas na CIT.

Fica definido o Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal, como o documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão;

O Termo de Compromisso de Gestão, a ser regulamentado em normatização específica, contém as metas e os objetivos do Pacto pela Vida, referidas no item I deste documento, as responsabilidades e as atribuições de cada gestor, constantes do item III, e os indicadores de monitoramento;

Os Termos de Compromisso de Gestão devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde;

Nos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, podem ser acrescentadas as metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação;

Anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, os objetivos e os indicadores do Termo de compromisso de Gestão;

O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação, conforme detalhamento em portaria específica;

Fica extinto o processo de habilitação para Estados e Municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/96 e na NOAS SUS 01/2002; e

Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos Municípios e Estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme o estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/2002.

B - PROCESSO DE MONITORAMENTO

O processo de monitoramento dos Pactos deve seguir as seguintes diretrizes:

Ser um processo permanente de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos Estados com relação aos Municípios do seu território, dos Municípios com relação ao Estado, dos Municípios e Estado com relação à União e da União com relação aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal;

Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

Estabelecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados nas situações em que o Município, o Estado e o Distrito

Federal não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão;

Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão; e

A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

VI - DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO DO SUS

A direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do Poder Executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis nº 8.080, de 10 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, a direção e gestão da saúde.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde - SES e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS ou órgão equivalente que é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Um dos representantes dos Municípios é, necessariamente, o Secretário de Saúde da capital. Como parte do processo de constituição das regiões de saúde devem ser constituídos Colegiados de Gestão Regionais.

A definição sobre o número de membros de cada CIB deve considerar as diferentes situações de cada Estado, como número de Municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.

As decisões da CIB e do CIT serão tomadas sempre por consenso.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB serão formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.

As decisões das Comissões Intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos Conselhos de Saúde deverão ser submetidas à apreciação do Conselho respectivo.

ANEXO V

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Municipal de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Municipal de XX, por intermédio de sua Secretaria Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº XX, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade nº....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o nº....., considerando o que dispõe a Constituição, em especial o seu artigo 196, as Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Municipal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, frente ao disposto nos art. 6º ao 9º do Regulamento do SUS e Anexos III e IV, que estabelecem as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente alguma responsabilidade constante deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o Município passará a exercê-la em sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber:

1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS;
2. Regionalização;
3. Planejamento e Programação;
4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
5. Gestão do Trabalho;
6. Educação na Saúde; e
7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do Município, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de "Realiza", "Não realiza ainda", "Prazo para realizar" e "Não se aplica".

§ 2º Os itens que iniciam com a expressão "Todo município deve" indica a obrigatoriedade do fazer / da competência a todo e qualquer Município, não sendo possível a utilização da opção "Não se aplica".

§ 3º Nos itens que não iniciam com a expressão "Todo município deve", a responsabilidade será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

§ 4º A opção "Não se aplica" deve ser marcada para as situações em que a complexidade do sistema local de saúde não permita a realização de uma dada responsabilidade ou em situação previamente pactuada.

§ 5º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3 não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS que devem orientar as ações de todo o Município.

ANEXO VI

TABELAS

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Estadual de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera estadual na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Estadual de XX, por intermédio de sua Secretaria Estadual de Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº XX, neste ato representada por seu Secretário Estadual da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade nº....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o nº....., considerando o que dispõe a Constituição, em especial o seu artigo 196, as Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Estadual, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde - SUS, frente ao disposto nos arts. 6º a 9º do Regulamento do SUS e Anexos III e IV, que estabelecem as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor estadual e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o Estado passará a exercê-las na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Estadual de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS ESTADOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber:

1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS;
2. Regionalização;
3. Planejamento e Programação;
4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
5. Gestão do Trabalho;
6. Educação na Saúde; e
7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do Estado, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de "Realiza", "Não realiza ainda" e "Prazo para realizar".

§ 2º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, o item 1.1 não é passível de pactuação, visto expressar princípio doutrinário do SUS, devendo orientar as ações de todos os Estados.

ANEXO VII

TABELAS

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO DO DISTRITO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes ao Distrito Federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo do Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº XX, neste ato representada por seu Secretário de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da Carteira de identidade nº....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o nº....., considerando o que dispõe a Constituição, em especial o seu artigo 196, as Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, celebra o presente Termo de

Compromisso de Gestão do Distrito Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, frente ao disposto nos art. 6º ao 9º do Regulamento do SUS e Anexos III e IV, que estabelecem as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor do Distrito Federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o Distrito Federal passará a exercê-las na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem compor o Plano Estadual de Saúde do Distrito Federal.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DO DISTRITO FEDERAL.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber:

1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS;
2. Regionalização;
3. Planejamento e Programação;
4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
5. Gestão do Trabalho;
6. Educação na Saúde; e
7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do Distrito Federal frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de "Realiza", "Não realiza ainda", "Prazo para realizar" e "Não se aplica".

§ 2º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3 não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS, devendo orientar as ações do Distrito Federal.

ANEXO VIII

TABELAS

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma o Ministério da Saúde, representado pelo Ministro de Estado da Saúde, com o objetivo de formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, inscrito no CNPJ sob nº XX, neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da Carteira de Identidade nº....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o nº....., considerando o que dispõe a Constituição, em especial o seu artigo 196, as Leis nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, e nº de 8.142, 28 de dezembro de 1990, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde - SUS, frente ao disposto nos arts. 6º ao 9º do Regulamento do SUS e Anexos III e IV, que estabelecem as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

Parágrafo único. As ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos pactuados devem ser contempladas no Plano Nacional de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DA UNIÃO

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber:

1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS;
2. Regionalização;
3. Planejamento e Programação;
4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
5. Gestão do Trabalho;
6. Educação na Saúde; e
7. Participação e Controle Social.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

- 1.1. Responder, solidariamente com os Municípios, o Distrito Federal e os Estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- 1.2. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- 1.3. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- 1.4. Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e a avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso de Gestão;
- 1.5. Apoiar o Distrito Federal, os Estados e, juntamente com estes, os Municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;
- 1.6. Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os Municípios, em conjunto com os Estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de Atenção Básica;
- 1.7. Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da Atenção Básica;

1.8. Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;

1.9. Identificar, em articulação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos, e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

1.10. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

1.11. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e as pactuações estabelecidas;

1.12. Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;

1.13. Coordenar e executar as ações de Vigilância em Saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e as pactuações estabelecidas;

1.14. Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da Vigilância em Saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;

1.15. Proceder a investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;

1.16. Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - RNLSP - nos aspectos relativos à Vigilância em Saúde;

1.17. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de Vigilância em Saúde nos Estados, Distrito Federal e nos Municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

1.18 Apoiar técnica e financeiramente os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de

vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e as pactuações estabelecidas; e

1.19. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

2.1. Contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

2.2. Coordenar o processo de regionalização, no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e as pactuações na CIT;

2.3. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos Estados e/ou dos Municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade interregional e interestadual;

2.4. Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida; e

2.5. Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

3. RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

3.1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

3.2. Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

3.3. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

3.4. Formular, pactuar no âmbito da CIT e aprovar, no Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

3.5. Coordenar, acompanhar e apoiar os Municípios, os Estados e o Distrito Federal na elaboração da Programação pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, no âmbito nacional;

3.6. Gerenciar, manter e elaborar, quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e a preparação para a realização de pagamentos; e

3.7. Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

4. RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

4.1. Cooperar tecnicamente com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;

4.2. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos, fundo a fundo e por convênio, aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

4.3. Monitorar o 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;

4.4. Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;

4.5. Coordenar e cooperar com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios no processo de Cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

- 4.6. Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;
- 4.7. Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;
- 4.8. Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;
- 4.9. Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos na qualidade de padrão nacional de utilização desses procedimentos e de seus preços;
- 4.10. Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;
- 4.11. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;
- 4.12. Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;
- 4.13. Coordenar e monitorar a implementação e a operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;
- 4.14. Coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, apoiando-os em sua utilização;
- 4.15. Acompanhar, monitorar e avaliar a Atenção Básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- 4.16. Monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde, realizadas pelos Municípios, o Distrito Federal, os Estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- 4.17. Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
- 4.18. Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

4.19. Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;

e 4.20. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

5. RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

5.1. Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação dessas políticas;

5.2. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;

5.3. Fortalecer a 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;

5.4. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os Estados e Municípios na mesma direção;

5.5. Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde - PCCS/SUS; e

5.6. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a Atenção Básica.

6. RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

6.1. Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente Estados e Municípios no desenvolvimento dessas políticas;

6.2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

6.3. Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

6.4. Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde; e

6.5. Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

7. RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

7.1. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

7.2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

7.3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

7.4. Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;

7.5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

7.6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

7.7. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando

os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde; e

7.8 .Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

ANEXO IX

EXTRATO DO TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS

Município _____
Estado _____ No
que diz respeito às unidades de saúde sob gerência de outro nível

de governo, abaixo relacionadas, o Município celebrou o TERMO DE COOPERAÇÃO com o ente gerente da unidade e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao fundo designado na planilha abaixo o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos:

Nome da Unidade	CGC	Ente com gerência sobre a Unidade (Estado/governo federal)	Número do Termo	Data de Publicação do Valor Extrato do Termo no Diário Oficial	Fundo para o repasse dos recursos (municipal, estadual ou universitária federal)

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL/FEDERAL] ANEXO X MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL DECLARAÇÃO Declaro que o Município de [NOME DO MUNICÍPIO], que teve seu Termo de Compromisso de Gestão pactuado nesta CIB, assumiu a gestão dos prestadores situados em seu território, independentemente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores, observado o estabelecido abaixo.

Para as unidades listadas em que o Município não assumiu ainda a gestão, fica pactuado o seguinte cronograma:

Nome da Unidade	CGC	Prazo

Conforme pactuação, as unidades listadas a seguir ficam sob a gestão do Estado:

Nome da Unidade	CGC

Dessa forma, o referido Município, tem condições de assumir as responsabilidades pactuadas no Termo de Compromisso de Gestão que foram devidamente analisadas e aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL]

ANEXO XI

Para possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão, são consideradas as seguintes definições:

1. Gestão Atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde - municipal, estadual ou nacional -, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras.
2. Gerência Administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema Único de Saúde.
3. Atenção à Saúde Engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo os campos a saber:
 - a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
 - b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros).
4. Cogestão no Processo Regulatório Relação intergestores que permite e a articulação e a integração dos dispositivos de Regulação de Acesso (centrais de internação, centrais de consultas especializadas e exames, protocolos assistenciais) com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde (contratação, controle assistencial e avaliação) assim como com outras funções da Gestão (programação e regionalização).
5. Vigilância em Saúde Neste Termo, quando se escreve Vigilância em Saúde, estão contemplados os componentes:

Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental.

6. Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde
Neste Termo, programação em saúde compreende, no seu escopo, os processos de programação da assistência à saúde e da vigilância em saúde, podendo, no Termo, ser enfatizado um desses processos.

7. Política de Reposição da Força de Trabalho Descentralizada
Conjunto de ações e diretrizes que visam superar questões decorrentes da descentralização da força de trabalho no Sistema Único de Saúde, como a reposição de pessoal e remuneração.

8. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo
Transferência de recursos, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde, independentemente de convênio e segundo o atendimento de critérios pré-estabelecidos para o credenciamento dos Estados e dos Municípios a essa prerrogativa.

9. Ouvidoria Canais democráticos que permitem disseminar informações e receber manifestações de usuários, propiciando análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas às suas manifestações.

10. Auditoria Assistencial Processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as nãoconformidades.

11. Avaliar Conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma (optimum, desejável, preceito legal, etc.). Consiste em atribuir um valor ao encontrado, o grau de alcance dos resultados, tornando-se por base esperado. Avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento, melhorar desempenhos e qualidades, ou seja, auxiliar a qualificação do processo de gestão.

Assim, trata-se da análise da estrutura, dos processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos

envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde.

12. Fiscalizar Submeter à atenta vigilância, sindicatar, examinar, verificar. A fiscalização confere ao fiscalizador poder de polícia ou de lavrar autos de infração com base em determinada legislação vigente.

13. Monitorar Conjunto de ações de acompanhamento de um determinado plano, programa, atividade, ação ou processo. O monitoramento sempre está baseado num conjunto de informações e indicadores que, pré-definidos, dão a dimensão da ação que vem sendo implementada, apontando os indicativos de correção de rumos.

14. Normatizar Estabelecer normas para o funcionamento de uma organização ou sistema; submeter às normas o funcionamento de alguma estrutura o mesmo que normalizar.

15. Credenciar Conferir credenciais, poderes ou crédito; qualificar alguém, alguma estrutura ou serviço. No âmbito do Pacto, expressa a qualificação de um serviço para atuar como tal, tornando-se por base o atendimento de um regulamento técnico.

16. Contratar Fazer contrato, negociar, combinar, ajustar, convencionar, definir.

O contrato é um termo jurídico que regula a relação entre entes públicos e/ou privados.

Processo por meio do qual estabelecimentos e serviços privados de saúde passam a integrar a rede do SUS.

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO

Código

Município _____

UF _____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*	RECURSO ESTADUAL DE CUSTEIO	RECURSO MUNICIPAL DE CUSTEIO
PAB ASSISTÊNCIA	Componente fixo (a)			
	Componente Variável (b)			
MAC	Total			

ASSISTÊNCIA	População Própria (c)			
	Total População Referenciada (d)			
	Outros recursos e ajustes (e)			
	Total da PPI Assistencial (f)	C + d + e		
	Recursos transferidos ao Fundo Estadual (g)			
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (h)			
	Recursos alocados em outras UF (i)			
	Total MAC alocado no FMS (j)			
	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (k)		
Componente estratégico (l)				
Componente excepcional (m)				
VIGILÂNCIA EM SAÚDE GESTÃO	Vigilância Epidemiológica e Ambulatorial (n)			
	Vigilância Sanitária (o)			
	(p)			
TOTAL		a+b+j+k+l+m+n+o+p **		

* Considerado apenas o recurso federal repassado, fundo a fundo, para custeio.

**Valor a ser transferido do FNS ao FMS ANEXO XII TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO ESTADO Código

Estado _____ UF _____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL *
** PAB ASSISTÊNCIA		
MAC ASSISTÊNCIA	Limites referentes aos recursos programados na SES (a)	
	Valores a receber referentes a unidades sob gestão estadual (b)	
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (c)	
	Recursos alocados em outras UF (d)	
	Total MAC alocado no FES (e)	a+b-c-d
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (f)	
	Componente estratégico (g)	
	Componente excepcional (h)	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambulatorial (i)	
	Vigilância Sanitária (j)	
GESTÃO	(k)	
TOTAL FES		e+f+g+h+i+j+k

* Considerado apenas o recurso federal repassado, fundo a fundo, para custeio.

** A ser utilizado em situações excepcionais.

ANEXO XIII

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO DISTRITO FEDERAL
Código _____ UF _____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*
PAB ASSISTÊNCIA	Componente fixo (a)	
	Componente Variável (b)	
MAC ASSISTÊNCIA	Total População Própria (c)	
	Total População Referenciada (d)	
	Outros recursos e ajustes (e)	
	Total da PPI Assistencial (f)	c + d + e
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a	

	prestadores (g)	
	Recursos alocados em outras UF (h)	
	Total MAC alocado no FS do DF (i)	
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (j)	
	Componente estratégico (k)	
	Componente excepcional (l)	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambulatorial (m)	
	Vigilância Sanitária (n)	
GESTÃO	(o)	
TOTAL FS do DF		a+b+i+j+k+l+m+n+o

* Considerado apenas o recurso federal repassado, fundo a fundo, para custeio.

ANEXO XIV

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS

I - IDENTIFICAÇÃO

II - DISPOSIÇÃO GERAL

O gestor municipal compromete-se com o conjunto das responsabilidades sanitárias dispostas no Termo de Compromisso de Gestão Municipal, inclusive aquelas referidas no artigo 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, sendo destacadas no quadro abaixo aquelas para as quais foi pactuado cronograma e as que não se aplicam à gestão do SUS neste Município.

EIXO	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS			
REGIONALIZAÇÃO			
PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO			
REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA			
PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL			
GESTÃO DO TRABALHO			

III - APROVAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E NA CIB

Aprovado na Reunião do CMS de / / Deliberação nº , de / /
Homologado na Reunião da CIB de / / Nome

SMS: _____

Ass.: _____

_ Nome

SES: _____

Ass.: _____

—

ANEXO XV

INTERNAÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SUS

INTRODUÇÃO

A história recente da crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro representa um momento ímpar de oportunidades de se enfrentar corajosamente alguns temas pertinentes ao uso de tecnologias que permitam o aprimoramento do cuidado ofertado aos usuários do sistema de saúde, bem como a discussão de alternativas que permitam agregar, dentro de uma razão comunicativa, integralidade na rede de serviços de saúde.

O ponto de partida da discussão que será aqui colocada é a intercessão entre o mundo das necessidades de saúde da população e os modelos assistenciais conformados pela gestão do Sistema Único de Saúde em todos os seus níveis, desde a formulação da política pública para a saúde até a gestão de equipamentos sanitários de diversas naturezas.

Esse encontro, a despeito dos avanços conquistados pelo movimento de Reforma Sanitária no Brasil, ainda se dá de forma tensa e conflituosa, particularmente nos aspectos de inadequação entre oferta e necessidade, entre estrutura de custos e financiamento possível, entre tecnologia existente e empregada e finalmente entre as diretrizes de um modelo assistencial ofertante e um universo de demandas, aparentemente insolúvel.

Reconhecer a importância da atenção hospitalar significa respeitar a condição humana que, em sua expressão individual, sofre, sente e busca saídas para os problemas que enfrenta (Heller, 2000), e, numa abordagem do cotidiano, o hospital responde a certo grupo de problemas que exigem, para o

atendimento das necessidades de saúde, grande intensidade e densidade de uso de tecnologias cuidadoras.

Porém, esta mesma questão coloca ao indivíduo e à coletividade riscos adicionais desnecessários, caso sua utilização se dê de forma inadequada.

A expansão em movimento paradoxal do Sistema Único de Saúde, que ao mesmo tempo reforçava o modelo médico tradicional (Campos, 1992), hegemonicamente centrado em procedimentos (Merhy, 2002), e gerava novas experiências e fazeres de organização da atenção (Campos, 1992), talvez seja uma referência para a discussão proposta para a internação domiciliar no âmbito do SUS.

Incorporar tecnologias ao Sistema Único de Saúde diz respeito à gestão e à disponibilização de suas diversas conformações. Por vezes, o olhar privilegiado da gestão do sistema concentra-se nas tecnologias duras, ou seja, naquelas pertinentes aos equipamentos diagnósticos e terapêuticos, bem como nos dispositivos que proporcionam reabilitação funcional como órteses e próteses, além de protocolos ou diretrizes clínicas e assistenciais. Esse processo complexo envolve também a disseminação e o uso de tecnologias leve-duras ou leves, respectivamente: as relacionadas com os saberes organizados e sistematizados pelos diversos grupos profissionais, dado o aspecto normalizador das escolas de saúde em seus vários níveis de formação; e aquelas tecnologias derivadas das interseções entre profissionais de saúde e seus usuários, ou seja, o desenvolvimento do campo relacional, tais como abordagens humanizadas e acolhedoras no íntimo do mundo das necessidades de saúde (Merhy, 2002).

Nesse sentido, independentemente de não haver uma política formal ampla de financiamento de práticas assistenciais que busquem processos de desospitalização, inúmeras instituições de saúde buscam a construção e a operação de práticas voltadas a uma assistência com intensidades variáveis de cuidados, tendo como característica comum realizar a intervenção terapêutica no interior do domicílio do usuário.

A análise dessas experiências demonstra a existência de pelo menos quatro grupos de objetivos não tão distintos, que estabelecem o centro de seus eixos de atuação sobre:

- desospitalização de eventos desnecessários gerados por falta de suporte ou por questões vinculadas ao processo de exclusão

social que terminam por produzir internações hospitalares por falta de melhor alternativa;

- processos de "alta precoce", demonstrando um forte viés de busca da garantia de economicidade do processo hospitalar ao se empreender uma troca entre o ônus do cuidado sob internação hospitalar, pela garantia de cuidados e insumos mínimos com economia da hotelaria e disponibilização de recursos escassos, tais como os leitos de clínica médica;

- busca de períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos, com histórico de reinternações recorrentes; e

- processo terapêutico humanizado de redução do sofrimento em situação de cuidados paliativos, em que o alívio da dor e, porque não dizer, uma boa morte é o objeto do processo de trabalho em saúde.

O mundo das necessidades dos usuários vem a exigir respostas por parte dos equipamentos de saúde que contemplem oportunidade de conquista. Boas condições de vida, acesso às tecnologias que diminuam o sofrimento e prolonguem a vida, reconhecimento de necessidades especiais dadas pela singularidade das pessoas, criação de vínculo e responsabilidade por parte de profissionais e equipes cuidadoras e recuperação, a maior possível autonomia para andar a própria vida (Cecílio e Matsumoto, 2002; Merhy, 2003) são algumas delas. Esta interação ou intervenção é terapêutica "é uma parte essencial da clínica" e "não se trata, portanto, de uma preocupação tão-somente humanizadora, mas também de estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde" (Campos, 2003, pág..68). É sobre este eixo analítico privilegiado que se propõe que ocorra o processo de incorporação desta nova modalidade assistencial em caráter ampliado.

Este mesmo olhar pode propiciar, através da autonomia que as equipes de trabalho constroem no seu dia-a-dia, a transversalização entre os saberes próprios dos diversos grupos de trabalhadores, garantindo a ação transdisciplinar indispensável para a construção dos projetos terapêuticos individuais.

Assim, a reforma sanitária se estende, segundo Jorge (2002), para dentro das trincheiras da micropolítica.

De acordo com Campos (2002) que propõe um novo formato de equipes de saúde, valorizando os campos e núcleos de saberes de diferentes profissionais, médicos e não médicos, e

constituindo projetos terapêuticos, reinventam suas práticas e constroem novas possibilidades de fazer, de forma vinculada, a defesa da vida.

Existem experiências bem-sucedidas em diversos países no que toca ao desenvolvimento de modalidades dentro da atenção domiciliar (Mendes, 2000), porém, conforme Lugarinho (2004), no cenário de escassez moderada e enorme exclusão social, há que se levar em conta a existência de múltiplas formas de se produzir iniquidades no sistema de saúde. Portanto, este é um dos filtros obrigatórios para a análise acerca das experiências em andamento e a larga implantação da modalidade de internação domiciliar.

Enfim, para discutir a internação domiciliar, foi necessário debruçar-se sobre as experiências diversas, e elaborar as mediações teóricas que permitiram compreender o processo brasileiro de implantação desta modalidade. Por outro lado, também fez-se necessário levantar aspectos epidemiológicos que contribuíssem para a definição de clientela diferenciadas. Singularizar usuários em distintos espaços sociais, econômicos, demográficos e culturais, assim como o leque de possibilidades, em termos de políticas públicas de saúde que permitisse uma extensão franca e segura de cobertura a estes, que sejam dependentes de certa intensidade de cuidados, e nem necessitem de internação hospitalar, nem sejam objetos imediatos dos equipamentos típicos da Atenção Básica.

Estender cobertura dentro da modalidade da internação domiciliar, dadas tantas diversidades de projetos e estrutura de custos, exigiu uma abordagem técnico-científica, particularmente para uma modelagem do projeto com estudo de custos e de repercussões sobre os usuários assistidos e sobre a racionalidade e a integralidade do Sistema Único de Saúde.

Algumas das questões que mereceram uma proximidade de olhar para a construção de uma política de inclusão em larga escala nesta modalidade assistencial são:

- níveis de intervenção terapêutica e intensidade de cuidados realizados de forma segura nos ambientes domiciliares;
- critérios de inclusão e exclusão;
- critérios de ingresso e de saída;

- diretrizes assistenciais para garantia de padronização e qualidade, nas diversas alternativas de enfrentamento de agravos e doenças prevalentes; e

- eleição de grupos prioritários.

Algumas experiências já em curso, diversas e dispersas por várias unidades do País, foram articuladas como resposta à demanda de estruturação desta modalidade assistencial como propostas de intervenção.

Considerando o olhar sobre o mundo das necessidades de saúde, bem como das capacidades de enfrentamento em intervenções cuidadoras, pôde ser observado o surgimento de propostas que diferem em termos da vinculação territorial, intensidade de cuidados, seleção de usuários, bem como critérios de inclusão e exclusão.

Por outro lado, ficaram claros alguns marcos conceituais, que podem contribuir para a organização dessa formulação de política. Dar resposta às necessidades de acesso a essas tecnologias de saúde para, através de relações vinculantes e vinculadas, minorar a experiência do sofrimento humano, restituir autonomia e, se for a melhor alternativa, permitir que o processo de morte aconteça de forma humanizada (Merhy, 2003).

VINCULAÇÃO TERRITORIAL

A vinculação territorial em geral, mais como critério de possibilidade de inclusão (ou de exclusão) do que como referência para articulação com a rede de serviços de saúde nas experiências relatadas, no que diz respeito à oferta da definição de território de abrangência. Uma exceção marcante diz respeito à experiência do Município de Belo Horizonte, onde o critério territorial, diferente das demais experiências públicas ou privadas, dá prioridade ao cuidado na rede de serviços de saúde e não simplesmente pelo eixo da performance operacional, dentro de uma abordagem unicamente instrumental.

No caso da experiência mineira, esta nasce vinculada de forma bilateral, ou seja, numa interface entre as redes hospitalar e básica, fortemente vinculada ao Programa Saúde da Família, particularmente nas áreas onde existe maior densidade dessa modalidade de produção de trabalho de saúde.

A vinculação territorial deve acompanhar a trama estabelecida pela organização da rede de serviços, com particular atenção aos

equipamentos destinados ao enfrentamento das questões de urgência e emergência.

INTENSIDADE DE CUIDADOS

Entre as experiências hoje existentes no Brasil, apresentam-se diversas formas de produção do trabalho em saúde no domicílio. A atuação cuidadora varia desde a visita domiciliar a pacientes crônicos, até o estabelecimento em domicílios de um aparato médico-hospitalar de grande intensidade e densidade de cuidados. No primeiro caso, busca-se a manutenção prolongada dos intervalos intercríticos e a consequente quebra do eixo internação-reinternação-morte e, no segundo, esses cuidados podem incluir o manejo de prótese respiratória e projetos terapêuticos que incluem infusão contínua e controles de fluxos e fármacos que exigem avaliação com grande precisão. Entre os extremos, várias experiências buscaram o estabelecimento de um projeto de intervenção na saúde dos usuários que necessitem de cuidados mais intensos, mas que não são eletivos de internação propriamente dita.

O que esta política propõe, define como objeto da discussão a atenção dirigida aos usuários que apresentam incapacidade funcional com limitação de autonomia eventual ou permanente, que não demandam atenção em regime hospitalar em seus episódios de adoecimento.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

As experiências de atenção domiciliar até então vêm ocorrendo à margem de uma definição de política pública de saúde.

Assim, as seleções de usuários, bem como os critérios de inclusão e exclusão, foram sendo definidos de acordo com as lógicas internas pertinentes a cada local. Diante disso, observa-se uma grande diversidade nesses critérios, chegando ao extremo de certo critério ser de inclusão em um programa e de exclusão em outro, tal qual a moradia precária e os territórios envolvidos.

Existe um consenso em torno da aplicação terapêutica, ou seja, é uma modalidade criada para viabilizar projetos terapêuticos e não apenas projetos de assistência social, no sentido do resgate de condições de cidadania etc. Por outro lado, existe uma perspectiva, quando se relaciona e interage com a rede de serviços de saúde, de promover a desospitalização de quem não deveria ser hospitalizado, e o é por outras questões não relacionadas diretamente ao projeto terapêutico individual, tais

como garantia da continuidade de uso de medicação, disponibilidade de material médico hospitalar etc.

INSERÇÃO NA REDE E INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA DE SAÚDE

Com vistas à formulação de um projeto de implantação da política com inserção na rede de serviços de saúde, as equipes de Internação Domiciliar deverão estar formalmente inseridas na rede do SUS e com ela estabelecer mecanismos claros de corresponsabilização pelos cuidados prestados. Assim, a solicitação de inclusão no programa pode partir das unidades de Atenção Básica de referência, pelas unidades de atenção a urgências ou pelas equipes de assistência hospitalar para as equipes, sendo que a inclusão deverá ser de responsabilidade da Equipe de Internação Domiciliar. Quando os usuários estiverem em condições de alta do programa, essa responsabilidade será transferida à esfera pertinente, ou seja, à Atenção Básica.

Caso haja agravamentos sujeitos à intervenção terapêutica de maior intensidade e densidade de cuidados, estes poderão, de acordo com a necessidade, ser transferidos para a sua unidade hospitalar.

Um componente da rede de serviços de saúde importante é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, tendo em vista que qualquer pessoa incluída em um programa de internação domiciliar deve poder contar com uma retaguarda absolutamente precisa, para o atendimento às situações de urgência e emergência, eventos esperados em parcela da população sob essa cobertura assistencial.

A Internação Domiciliar deve ser uma modalidade assistencial inserida nos sistemas locais de saúde do SUS. Assim, integra as ações da rede básica, urgência e emergência e área hospitalar.

Numa abordagem do espaço-território, pressupondo o domicílio como local de atuação, referencia-se à territorialidade da rede básica, podendo transcendê-la. A equipe de internação domiciliar pode ser acionada pelo hospital de referência, pela rede básica, pela central de regulação e pelos serviços de urgência e emergência.

Em caso de necessidade de referências por parte das equipes ou dos cuidadores dos usuários da internação domiciliar, estes contarão com o sistema pré-hospitalar móvel e com os hospitais de referência. Trata-se de uma necessidade eletiva que deve ser referida à rede básica ou aos organismos regulatórios do sistema de saúde, tal qual as centrais de marcação, entre outros.

A vinculação simultânea do usuário em hospital de referência, da equipe de internação domiciliar, da equipe de atenção básica e do SAMU, na rede de proteção social, composta pelos diversos mecanismos de garantia de proteção às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, é pertinente para a garantia do fluxo de referência, para amalgamar esse conjunto de vínculos entre si.

A proposta de Internação Domiciliar pode atuar como "costura"

entre o nível hospitalar e a Atenção Básica, fortalecendo o sistema e, particularmente, o PSF, onde couber. Para o êxito nessa intenção, faz-se necessário reconhecer os limites das competências e resolubilidades verificadas na Atenção Básica, na internação domiciliar e na atenção hospitalar. Esses limites são estabelecidos pela complexidade dos casos, da capacitação dos trabalhadores de saúde, de capacidade de ação multiprofissional, do domínio de tecnologias e das características dos processos de gestão dos cuidados.

O estabelecimento de responsabilidade compartilhada entre níveis distintos da rede de serviços de saúde torna-se imprescindível a fim de garantir a continuidade indispensável ao atendimento das necessidades de grupos particularmente vulneráveis. Compartilhar responsabilidades entre equipamentos e equipes faz sentido, por ser elemento constitutivo do conceito de estação na linha de cuidados.

Essa possibilidade ocupada pela internação domiciliar confere integralidade no âmbito da rede de serviços, referente aos usuários portadores de incapacidade funcional em processos de adoecimento.

BUSCA DE AUTONOMIA

As modalidades de atenção domiciliar compreendem ações de promoção, prevenção e reabilitação. Ocorrem no domicílio e compreendem os níveis de cuidados de atenção primária, secundária e terciária. No caso específico da internação domiciliar, esta deve atingir o conjunto de usuários possível, que possa beneficiar-se de cuidados no domicílio, que não possua autonomia para deslocar-se e que possa ser desospitalizado sem risco.

A busca de autonomia para "andar a própria vida", como discute Cecílio & Matsumoto (2002) e Merhy (2003), deve servir de guia central para qualquer projeto de internação domiciliar. Em situações de internação hospitalar, ainda que se mantenha a

vida, muitas vezes esta é mantida sob restrição da autonomia. Assegurar processos de ganho contínuo de possibilidades de "andar a própria vida" é, no âmbito da proposta, um eixo central.

Nesse eixo, para além da dimensão cuidadora, a produção de autonomia para o usuário tem importância singular, seja na inclusão social e seu reconhecimento como cidadão, seja como sujeito do seu território. A hospitalização, mesmo que temporária, priva o sujeito do seu território identificante, quando alongada por ausência de alternativas que respondam às variadas necessidades desse sujeito e acaba por subsumir sua condição de cidadão portador de direitos. A cidadania é também o direito de permanecer no lugar, no seu território, o direito a seu espaço de memória.(Véras,1987).

Todo esse processo, em sua variada composição tecnológica, acaba por provocar no campo relacional uma certa inovação, resultado da mediação das autonomias dos usuários e das equipes.

Entrar no território do outro é ter permissão para compartilhar sua identidade. A possibilidade de ser mais ou menos cidadão depende de sua localização no território. (Santos, 1987:81) Nesse sentido, as equipes de internação domiciliar exercem sua autonomia à medida que, sem abdicar da produção do cuidado, encontram caminhos que permitam não só sua entrada no território do usuário, mas também que esse território entre na vida da equipe de forma transformadora.

Há uma ruptura da hierarquia formal e institucional do leito hospitalar onde há uma verdadeira sujeição do corpo do outro, possibilitando uma nova ordem horizontalizada. É uma forma de poder sem centro, exercida horizontalmente através dos seus próprios sujeitos a começar pelo corpo humano(...)
(Santos,2001) Projetos individuais de ganho de autonomia são primordiais para superar um forte risco, relativo à transferência pura e simples de uma situação semiasilar do espaço hospitalar para o espaço domiciliar.

Assim, o esforço institucional não poderia se dar apenas no sentido da economia de recursos, buscando relações de redução de custos do sistema, tornando crônicas situações de cuidados, sem que haja um projeto de uso de tecnologias que permitam melhorar a autonomia conduzida dos usuários. Uma nota importante diz respeito ao foco da ação terapêutica que, nesse caso, não deveria ser apenas o usuário acamado, mas também sua rede de vínculos afetivos e sociais, que também necessita de maior autonomia para conduzir a vida. Isso coloca uma questão

fundamental: para a análise do processo de desospitalização, devem também ser levadas em conta capacidade e desejos existentes na rede pessoal de vínculos do usuário e mesmo a possibilidade desses requisitos poder ser elaborada junto à equipe de internação domiciliar.

ESPAÇO DE DIÁLOGO ENTRE SABERES

Os diversos saberes que habitam o campo da saúde estabelecem relações hierárquicas entre si e produzem instituições marcadas por saberes-poder, manifestos em relações tensas e conflituosas, onde o poder técnico específico de um grupo é dado pela capacidade de impor interesses particulares a si às definições gerais e sentimento de pertença do hospital como um todo (Carapinheiro, 1998).

A organização do trabalho e a conseqüente produção de cuidados no ambiente hospitalar são marcadas por várias questões, sendo duas de relevância para a discussão aqui colocada. Em primeiro lugar a oposição entre um modelo médico e outro asilar, que coexistem nos hospitais, delimitando a forma e a intensidade do uso de saberes e tecnologias, bem como o objeto institucional, em torno da busca da cura e do amparo respectivamente (Ib.). A questão seguinte diz respeito à oposição entre comando e execução na organização (divisão) do trabalho. Existe uma oposição entre trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e aquele pertinente à execução de prescrições médicas, hierarquizando funcionalmente pela atribuição de critérios de qualificação técnica, à qual corresponde um sistema de estratificação social do pessoal do serviço (Ib., p. 111). São produzidas relações produtivas marcadas por uma estrutura de dominação/ subordinação, que se coloca no lugar de cooperação e diálogo entre saberes distintos (Ib.).

Construir uma alternativa produtiva, baseada no protagonismo dos atores detentores dos diversos saberes da saúde e dos usuários e sua rede de vínculos, pressupõe intenso diálogo e autonomia das equipes, acolhimento e permeabilidade de canais de escuta, bem como criação de vínculos. Poder construir projetos terapêuticos singularizados, com ganhos de autonomia e liberdade para o usuário e sua rede de vínculos é o resultado esperado.

SINGULARIDADES

Pensar a internação domiciliar como modelo único não parece adequado pois, qualquer projeto para ela, deve ter em conta as condições locais, tais como questões habitacionais, sociais,

culturais, possibilidades de formação de equipes, estrutura e funcionamento da rede básica, decisão do gestor e tecnologia disponível para realização de cuidados, entre outras, (...) a pluralidade humana, precisa da mediação do diálogo e da argumentação. Fica excluída, portanto, qualquer generalização que unifique a pluralidade dos que sofrem negligenciando sua singularidade e sua individualidade.(Szasz,1994:306).

Assim, a singularidade a ser observada, além daquela circunscrita ao usuário, também é a referente aos espaços-território onde se darão tais práticas. Pressupõe-se, portanto, a construção de projetos locais de internação domiciliar, que ainda que preservem diretrizes de caráter macrorregionais ou nacionais, seja resultado da intercessão destas com a leitura do espaço-território específico onde irá se desenvolver.

Devem ser considerados aspectos referentes às representações sociais do adoecimento e dos lugares de seu enfrentamento (Mendes, 2000), tendo em vista que este lugar pode diferir entre diferentes culturas e mesmo a experiência da morte ocorrida no espaço domiciliar ou no hospitalar, tem níveis heterogêneos de aceitação nas culturas dos diversos povos que habitam o Brasil.

EQUIPES

O cuidador é um ator relevante para a efetivação da atenção domiciliar e deve ser considerado um elemento importante na articulação e no agenciamento de recursos e esforços para a consecução dos projetos terapêuticos formulados.

Quanto à equipe técnica necessária para a implantação dessa modalidade assistencial, ainda que não exista um consenso sobre a intensidade de sua participação, puderam ser estabelecidos alguns saberes profissionais indispensáveis para a efetivação dos cuidados domiciliares. O desenho dessas intensidades deverá ser feito pelos programas locais, guardadas as características e disponibilidades locais.

O núcleo mínimo das equipes poderá ser constituído por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, que deverão apresentar vinculação exclusiva com o programa. Outros profissionais poderão (e deverão) ser inseridos da mesma forma ou em caráter de compartilhamento com outros programas assistenciais a critério do projeto local. De certa forma, para que se possa apresentar uma prática segura, faz-se necessário o estabelecimento de uma equipe matricial de suporte com profissionais de serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.

A capacitação da equipe deve considerar o deslocamento do ambiente protegido (hospital, serviço de saúde etc.) para o domicílio.

Isso demanda um processo especial, já que normalmente as tecnologias necessárias não são abordadas nas escolas da área da saúde e podem ser desconhecidos pelas equipes.

Para a implantação da modalidade assistencial faz-se necessário desenvolver padrões de equipamentos e insumos, que devem estar disponíveis, bem como adotar diretrizes assistenciais e protocolos terapêuticos bem firmados para garantia da segurança operacional que seja efetiva para a defesa da vida.

Para a produção dessas capacidades técnicas, será importante a articulação entre a proposta de implantação do modelo com a implementação dos Polos de Educação Permanente, inserindo nestes a área de internação domiciliar.

CAPACIDADE

Tendo em vista uma capacidade estimada de atendimento simultâneo de 30 internações por equipe, com média de permanência em internação domiciliar de 30 dias, poderia ser estimado o atendimento médio de 360 pessoas por ano. Em cálculos extremamente iniciais, estima-se uma ocorrência de incapacidade funcional importante em 230 pessoas por 100.000 habitantes, o que corroboraria a proposição inicial de financiamento de uma equipe para esse base populacional.

A capacidade pode ser potencializada com a inclusão de um maior número de profissionais de enfermagem, o que possibilita, dentro do plano terapêutico considerando a intensidade de cuidados e a intervenção exigida, ampliar a inclusão de pessoas sob cuidado da equipe.

Essa estimativa é apenas uma referência pois, para avaliar capacidade, é importante considerar o objeto da intervenção definido locorregionalmente, bem como as condições de acesso. No Brasil, podem ser observadas enormes diversidades entre as calhas dos rios amazônicos e os aglomerados urbanos com complexos habitacionais de grande densidade populacional e com questões sócio-culturais, relativas à violência, à estrutura de comunicação e à densidade de serviços de saúde, entre outras. Particularizar a capacidade é importante tendo em vista ser impossível generalizar essa definição, quando se observam as condições objetivas de circulação e acesso.

Nesse sentido, ao se pensar a inclusão dessa modalidade no Sistema Único de Saúde, que fuja ao modelo urbano e mais, metropolitano, e que atenda aos princípios constitucionais de equidade e universalidade, esta deve ser marcada pela flexibilização dos conceitos de produtividade e economicidade, gerados pelas experiências com altos níveis de escala.

CONCLUSÃO

Nesse momento em que o País se debruça sobre a necessidade de reforma da atenção hospitalar, a proposta de instalação da modalidade de internação domiciliar pode vir a contribuir de forma decisiva para o reordenamento interno da rede de serviços de saúde, bem como das novas definições de papéis que se fazem necessárias.

A necessidade de reposicionamento missional de hospitais é colocada por diversos autores, particularmente dentro do conceito de crise, tais como os hospitais universitários, como discutem muito bem Lima (2004), Jorge (2002) e Vasconcelos (2003). Em relação aos hospitais em geral, Vasconcelos (2003) problematiza particularmente a relação com o conjunto da rede de serviços de saúde e a busca de integralidade. Cecílio & Merhy (2003), discutem a capacidade de promover integralidade nas linhas de cuidado comportando-se como uma "estação" e conferindo caráter de movimento e dinâmica para o processo de relacionamento. Cecílio (2000), discute a formulação de projetos institucionais para além do cimento simbólico de reduzir o sofrimento e impedir a morte, respeitando e colocando em diálogo os diferentes projetos que habitam as instituições hospitalares. Recentemente, López (2004), em relação aos hospitais de pequeno porte, estabelece como centralidade a produção de relacionamento com a rede de serviços de saúde, particularmente no caso da atenção básica, na busca de resolubilidade e redefinição missional.

Essa discussão remete à capacidade que esta nova modalidade apresenta de tencionar o modelo produtivo da saúde pautado sobre procedimentos, operando uma possibilidade de novos devires na atenção hospitalar, dados pela possibilidade de uma nova interação e responsabilização frente a usuários singularizados em territórios específicos.

A formulação de uma modalidade de assistência que objetiva a internação em regime domiciliar, mais do que promover atenção humanizada aos usuários torna-se, por ser elemento de ligação, uma peça potencialmente importante para a construção de relacionamentos na rede.

A construção de portas de saída na rede, que produzam, mesmo que apenas no longo e médio prazos desinstitucionalização com ganhos crescentes de autonomia, pode ser uma aposta coerente com o desenho de uma reforma da atenção hospitalar. Esta pode ser pautada pela divulgação do sistema de saúde, onde o interesse dos usuários, na busca de sua autonomia e felicidade, sejam os motores do processo de promoção e produção de cuidados (Merhy, 2002).

Assim, a internação domiciliar deve estar articulada ao processo de reforma da atenção hospitalar no Brasil e, como tal, contribuir para o atendimento das necessidades de saúde da população e, portanto, ser instrumento da defesa da vida individual e coletiva.

ANEXO XVI

ROTEIRO TÉCNICO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Para credenciamento e implantação do Programa Local de Internação Domiciliar, além de atender aos critérios definidos para habilitação quanto à população mínima de 100.000 habitantes, à existência de programa formal de atenção pré-hospitalar e à assinatura do TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO no âmbito do Pacto pela Saúde 2006, o gestor deverá apresentar à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS projeto de implantação da Internação Domiciliar, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

O projeto de implantação, que é a explicitação do programa assistencial para a modalidade, deverá conter:

Diagnóstico Situacional Simplificado do Município, com destaque para os grupos populacionais abrangidos pelas prioridades indicadas no art. 588 do Regulamento do SUS;

Objetivos do Projeto;

Características Técnicas do Modelo Assistencial Proposto;

Plano Operativo Anual com Metas Qualitativas, Quantitativas e Impactos Esperados; e

Proposta Local de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação.

1. Diagnóstico Situacional Simplificado do Município
Caracterização do Município tomando-se por base dados sócio

demográficos, e descrição dos serviços de saúde existentes e perfil epidemiológico municipal ou regional, com problematização e justificativas para implantação da política.

2. Objetivos do Projeto.

Apresentação clara das pretensões da gestão do sistema, traduzidos em impactos esperados dos pontos de vista da defesa da vida, da defesa do SUS e da gestão do Sistema.

3. Características Técnicas do Modelo Assistencial Proposto.

3.1. Quantidade de Serviços de Internação Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar.

3.2. Quadro de Pessoal dos Serviços de Internação Domiciliar, contendo os nomes e os registros profissionais dos trabalhadores.

3.3. Equipes Matriciais de Suporte, contendo nomes, registros profissionais e unidades de lotação, em caso de compartilhamento com a rede de serviços de saúde.

3.4. Protocolo de disponibilização de carga horária e vinculação dos membros das equipes matriciais.

3.5. Equipamentos, segundo tipos e quantidades, disponibilizados para as equipes.

3.6. Unidades Hospitalares onde os Serviços de Internação Domiciliar estão vinculados.

3.7. Unidades de Atenção Básica e de Especialidades e de Diagnóstico Complementar de referência formal dos Serviços de Internação Domiciliar.

3.8. Unidades de Urgência e Emergência de referência formal dos Serviços de Internação Domiciliar.

3.9. Proposta de relacionamento com a atenção pré-hospitalar (SAMU).

3.10. Modelo de Prontuário (preferencialmente deve ser único e referente à unidade de vinculação dos Serviços de Internação Domiciliar).

3.11. Critérios Técnicos de Inclusão de Usuários no programa e mecanismos de garantia de acesso.

3.12. Protocolos Assistenciais.

3.13. Mecanismos de articulação com a rede de proteção social do Município ou do Estado.

3.14. Modelo de apuração e análise de custos propostos.

4. Plano Operativo Anual com Metas Qualitativas, Quantitativas e Impactos Esperados O Plano Operativo deve apresentar de forma clara a intenção da Gestão do Sistema, bem como as estratégias escolhidas para a sua execução. Tais metas deverão apresentar o desempenho esperado em produção física de trabalho de saúde, bem como os padrões de qualidade que se espera observar. Para tanto, deverão ser apresentados os indicadores qualitativos e quantitativos que estimarão o cumprimento dessas intenções.

5. Proposta Local de Avaliação e Acompanhamento A proposta de avaliação e acompanhamento deve ser local, porém o conjunto mínimo de indicadores estabelecido pela RDC nº 11, da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006, é referência obrigatória para manutenção de um conjunto mínimo de informações acerca dos serviços. Deverão ser emitidas AIHs, no código para cômputo de processos terapêuticos na modalidade, sem valor de ressarcimento, uma vez que o financiamento será por transferência global, fundo a fundo.

Indicadores mínimos estabelecidos pela RDC 11, da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006.

Nº	Indicador	Fórmula e Unidade
1	Taxa de mortalidade para a modalidade domiciliar no mês / Todos os pacientes que receberam internação domiciliar atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	
2	Taxa de internação após atenção domiciliar que necessitaram de internação hospitalar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção domiciliar no mês) *100 [%]	
3	Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar com episódios de infecção no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) *100 [%]	
4	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	
5	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	

1 - Pacientes que receberam atenção domiciliar no mês: considerar o número de pacientes do dia 15

ANEXO XVII

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

1- Regulação Médica das Urgências - é o elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, que estrutura a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas neste Regulamento e as portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades.

2-Atribuições da Regulação Médica das Urgências:

A) TÉCNICAS: a competência técnica do Médico regulador se sintetiza-se em sua capacidade de "julgar", discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes:

- julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;
- enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;
- monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência;
- definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando o sobre as condições e previsão de chegada desse paciente, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;
- julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e

esclarecer ao demandante do socorro quanto a outras medidas a ser adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-lo em local definido pelo médico regulador;

- reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;

- estabelecer claramente, em protocolo de regulação, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em hipótese alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador;

- definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;

- monitorar o conjunto das missões de atendimento e as demandas pendentes;

- registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como freqüentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;

- saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/orientação/intervenção e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisão que qualifiquem/habilitem os intervenientes;

- submeter-se à capacitação específica e à habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré-hospitalar móvel;

- participar de programa de educação continuada para suas tarefas;
- velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, a ética e o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas;
- manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.

B) GESTORAS: tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento:

- decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades, a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;
- decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;
- decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção a urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada "vaga zero" para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência;
- o médico regulador de urgências regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa que envolverá a regulação médica das transferências inter-hospitalares, bem como das internações;
- acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência;

- requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes;
- exercer a autoridade de regulação pública das urgências sobre a atenção pré-hospitalar móvel privada, sempre que esta necessitar conduzir pacientes ao setor público, sendo o pré-hospitalar privado responsabilizado pelo transporte e atenção do paciente até o seu destino definitivo no Sistema;
- contar com acesso às demais centrais do Complexo Regulador, de forma que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados, em relação às suas necessidades.

C) REGULAÇÃO DO SETOR PRIVADO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL (incluídas as concessionárias de rodovias) deve contar, obrigatoriamente, com centrais de regulação médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica (para os casos de serviços de atendimentos clínicos. Nos serviços de atendimento a vítimas de trauma, seguir orientação da Portaria nº 344/98, da Vigilância Sanitária, o que pode ser exigido inclusive nos códigos municipais e estaduais de saúde, sendo essas centrais reguladoras privadas submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-urgente.

D) CORPOS DE BOMBEIROS MILITARES (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), POLÍCIAS RODOVIÁRIAS E OUTRAS ORGANIZAÇÕES DA ÁREA DA SEGURANÇA PÚBLICA: deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos deste Regulamento.

ANEXO XVIII

A NORMATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

O Ministério da Saúde considera como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza traumática ou não-traumática ou, ainda, psiquiátrica), que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo

à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo constituído de uma central reguladora, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de uma região (podendo, portanto, extrapolar os limites municipais), previamente estabelecida como referência, aí considerados aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema locorregional.

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem ter uma equipe de saúde, composta por:

Coordenador do serviço da área de saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;

Médico responsável técnico pelas atividades médicas do serviço;

Enfermeiro responsável técnico pelas atividades de enfermagem ;

Médicos reguladores que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente;

Médicos intervencionistas, responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e a estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;

Auxiliares e técnicos de enfermagem sob supervisão imediata do profissional enfermeiro; e

Enfermeiros assistenciais.

OBS: As responsabilidades técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção, sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem.

Além dessa equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde - bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos), obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

Todos os profissionais que atuam no pré-hospitalar móvel, inclusive os não oriundos da área da saúde, devem ser capacitados e certificados nos Núcleos ou Centros de Educação em Urgências (conforme definidos em portaria específica), para fins de sua integração técnica e operativa ao SUS, na atenção pré-hospitalar.

Devem existir Centrais de Regulação Médica das Urgências, com fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), em que o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, seja o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes.

O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da Polícia Militar (190), do Corpo de Bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente, retransmitidos à Central de Regulação Médica de Urgências, por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

Os serviços de segurança e salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes,

devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências. Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, esses despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e a transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica.

I - DEFINIÇÃO DOS PROFISSIONAIS A) PROFISSIONAIS NÃO ORIUNDOS DA ÁREA DE SAÚDE:

1. TELEFONISTA - AUXILIAR DE REGULAÇÃO

Profissional de nível básico, habilitado a prestar de Urgências atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, nas Centrais de Regulação Médica, devendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é supervisionada diretamente e permanentemente pelo médico regulador.

Sua capacitação e atuação seguem os padrões previstos neste Regulamento.

2. RÁDIO OPERADOR

Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência, obedecendo aos padrões de capacitação previstos neste Regulamento.

3. CONDUTORES DE VEÍCULOS DE URGÊNCIA

Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e por portaria do Ministério da Saúde como "ambulância", obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

OBS: as especificidades de cada categoria de condutores (aéreo, aquático e outros) estão definidas em legislação específica.

4. PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA SEGURANÇA:

Policiais militares, rodoviários ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho dessas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências. Atuam na identificação de situações de risco, exercendo a

proteção das vítimas e dos profissionais envolvidos no atendimento. Fazem resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações nãoinvasivas, sob a supervisão médica direta ou a distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e o manuseio pela equipe de saúde, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

5. BOMBEIROS MILITARES

Profissionais bombeiros militares reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho dessas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica de Urgências. Atuam na identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental, da vítima e dos profissionais envolvidos no seu atendimento, fazem o resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não-invasivas, sob a supervisão médica direta ou a distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

B) PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE:

1. ENFERMEIRO

Profissional titular do diploma de Enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, conforme os termos deste Regulamento, devendo, além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar.

2. TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Profissional titular do certificado ou diploma de Técnico de Enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares, de nível técnico, sendo habilitado para o atendimento Pré-Hospitalar Móvel, integrando sua equipe, conforme os termos deste Regulamento. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob a supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

3. AUXILIAR DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Profissional titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem com especialização em urgências, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares básicas, de nível médio, habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob a supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional e conforme os termos deste Regulamento.

4. MÉDICO

Profissional de nível superior, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema, habilitado conforme os termos deste Regulamento.

PERFIL PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS A) PROFISSIONAIS NÃO ORIUNDOS DA ÁREA DA SAÚDE

1. TELEFONISTA - AUXILIAR DE REGULAÇÃO

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- capacidade de manter sigilo profissional; e
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: Ensino Fundamental Competências:

- atender a solicitações telefônicas da população;
- anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio;
- prestar informações gerais ao solicitante;
- estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar;

- estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e trocar informações;
- anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço;
- obedecer aos protocolos de serviço; e
- atender às determinações do médico regulador.

2. RÁDIO-OPERADOR

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- disponibilidade para recertificação periódica; e
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: Ensino Fundamental Competências:

- operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação;
- exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel;
- manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota; e
- conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

3. CONDUTOR DE VEÍCULOS DE URGÊNCIA

Requisitos gerais:

- maior de vinte e um anos;
- disposição pessoal para a atividade;

- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito);
- capacidade de trabalhar em equipe;
- noções de biossegurança; e
- capacitação em direção defensiva.

Escolaridade: Ensino Fundamental Competências:

- conduzir veículo de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes;
- conhecer integralmente o veículo e seus equipamentos, - realizar manutenção básica do veículo;
- estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a Central de Regulação Médica e seguir suas orientações;
- conhecer a malha viária local; e
- conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local.

4. PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA SEGURANÇA

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por este Regulamento;
- capacidade de trabalhar em equipe; e

- disponibilidade para recertificação periódica.

Escolaridade: Ensino Médio Competências: - comunicar imediatamente a existência da ocorrência à Central Reguladora;

- avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada;

- identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a segurança da área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde;

- realizar manobras de suporte básico de vida sob orientação do médico regulador;

- remover as vítimas para local seguro onde possa receber o atendimento da equipe de saúde;

- estabilizar veículos acidentados;

- realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos próprios;

- avaliar as condições da vítima, observando e comunicando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência;

- transmitir, via rádio, ao médico regulador, a correta descrição da vítima e da cena;

- conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado;

- manter vias aéreas permeáveis com manobras manuais e nãoinvasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial;

- realizar circulação artificial pela técnica de compressão torácica externa;

- controlar sangramento externo por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;

- mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte;

- aplicar curativos e bandagens;

- imobilizar fraturas, utilizando os equipamentos disponíveis em seus veículos;
- dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém-nato e à parturiente;
- prestar primeiro atendimento a intoxicações, sob orientação do médico regulador;
- conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento;
- conhecer e usar os equipamentos de bioproteção individual;
- preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgência e do serviço;
- manter-se em contato com a Central de Regulação Médica de Urgências, repassando os informes sobre a situação da cena e do paciente ao médico regulador, para decisão e monitoramento do atendimento por esse profissional ; e
- repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento.

5. PROFISSIONAIS BOMBEIROS MILITARES

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- capacitação específica por meio dos Centros Públicos de Capacitação, conforme conteúdo estabelecido por este Regulamento;
- capacidade de trabalhar em equipe; e
- disponibilidade para recertificação periódica.

Escolaridade: Ensino Médio Competências:

- comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de vítimas ou demandas de saúde à Central Reguladora;
- avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada;
- identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde;
- realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do médico regulador;
- obter acesso e remover a(s) vítima(s) para local seguro onde possa(m) receber o atendimento adequado pela equipe de saúde e se solicitado pela equipe ou designado pelo médico regulador, transportar a(s) vítima(s) ao serviço de saúde determinado pela regulação médica;
- estabilizar veículos acidentados;
- realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro;
- avaliar as condições da vítima, identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas;
- transmitir, ao médico regulador a correta descrição da cena da urgência e do paciente;
- conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado;
- manter as vias aéreas pérvias com manobras manuais e não-invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial;
- realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa;
- controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;

- mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte;
- aplicar curativos e bandagens;
- imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis;
- prestar o primeiro atendimento a intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação do médico regulador;
- dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém-nato e à parturiente;
- manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subsequentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s) para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador;
- conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes o veículo de atendimento;
- repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento;
- conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual;
- preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço;
- realizar triagem de múltiplas vítimas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde; e
- participar dos programas de treinamento e educação continuada, conforme os termos deste Regulamento.

B. PROFISSIONAIS DA SAÚDE:

6. ENFERMEIRO

Requisitos gerais:

- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- capacidade física e mental para a atividade;

- disposição para cumprir ações orientadas;
- experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências;
- iniciativa e facilidade de comunicação;
- condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis;
- capacidade de trabalhar em equipe; e
- disponibilidade para recertificação periódica.

Escolaridade: Curso Superior com registro profissional em órgão de classe respectivo.

Competências:

- supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel;
- executar prescrições médicas por telemedicina;
- prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- prestar assistência de enfermagem a gestante, a parturiente e ao recém-nato;
- realizar partos sem distócia;
- participar dos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente dos programas de educação continuada;
- fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- obedecer à Lei do Exercício Profissional e ao Código de Ética de Enfermagem; e

- conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

7. TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal para a atividade;
- capacidade física e mental para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- disponibilidade para recertificação periódica;
- experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; e
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: Ensino Médio completo e curso regular de Técnico de Enfermagem Competências:

- assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou a distância do profissional enfermeiro;
- participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; e
- realizar manobras de extração manual de vítimas.

8. AUXILIAR DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal para a atividade;

capacidade física e mental para a atividade;

- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- disponibilidade para recertificação periódica;
- experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; e
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: Ensino Médio completo, curso regular de Auxiliar de Enfermagem e curso de especialização de Nível Médio em urgências, com registro profissional competente.

Competências:

- auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem;
- prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou a distância do profissional enfermeiro;
- observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- administrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina;
- fazer curativos;
- prestar cuidados de conforto ao paciente e zelar por sua segurança; e
- realizar manobras de extração manual de vítimas.

9. MÉDICO

Requisitos gerais:

- equilíbrio emocional e autocontrole;
 - disposição para cumprir ações orientadas;
- capacidade física e mental para a atividade;
- iniciativa e facilidade de comunicação;

- destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis;
- disponibilidade para recertificação periódica; e
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: Curso Superior com registro profissional em órgão de classe respectivo.

Competências:

- exercer a regulação médica do sistema;
- conhecer a rede de serviços da região;
- manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional;
- recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica;
- manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema;
- prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar;
- exercer o controle operacional da equipe assistencial;
- fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço;
- obedecer às normas técnicas vigentes no serviço;
- preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar;
- garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência;

e - obedecer ao Código de Ética Médica.

II - DEFINIÇÃO DOS VEÍCULOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

1.1- AMBULÂNCIAS

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou hidroviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos.

As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT - NBR 14561/2000, de julho de 2000.

As ambulâncias são classificadas em :

TIPO A - Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

TIPO B - Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

Quando utilizado no atendimento pré-hospitalar de vítimas de acidentes, deverá conter todos os materiais e equipamentos necessários à imobilização de pacientes.

TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de emergências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos específicos de imobilização e suporte básico, além de equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas). Essas ambulâncias mistas deverão ter uma configuração que garanta um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo, 8 m, além do compartimento isolado para a guarda de equipamentos de salvamento.

OBS.: Os serviços de atendimento pré-hospitalar que utilizarem somente veículos do tipo B para atendimento de acidentados ou de pacientes em local de difícil acesso, deverão possuir um outro veículo contendo todo material mínimo necessário para a realização de resgate terrestre, aquático e em altura.

TIPO D - Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

TIPO E - Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC.

TIPO F - Nave de Transporte Médico: veículo motorizado hidroviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

1.2 - VEÍCULOS DE INTERVENÇÃO RÁPIDA (também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica):

Para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F

1.3 - OUTROS VEÍCULOS:

Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizem como veículos tipo lotação (ônibus, peruas etc.). Esse transporte só pode ser realizado com anuência médica.

III - DEFINIÇÃO DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DAS AMBULÂNCIAS

As ambulâncias deverão dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

2.1 - Ambulância de Transporte (Tipo A): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação em contato permanente com a central reguladora; maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal.

2.2 - Ambulância de Suporte Básico (Tipo B): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel;

maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a-alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador

de oxigênio, e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas oro-faríngeas de tamanhos variados; luvas descartáveis; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; protetores para queimados ou eviscerados; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; cobertor; compressas cirúrgicas e gazes estéreis; braceletes de identificação. Os veículos que atuam no atendimento de acidentados e os veículos de suporte básico misto deverão conter também os seguintes equipamentos: prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas; maletas com medicações a ser definidas em protocolos, pelos serviços.

2.3 - Ambulância de Resgate suporte básico misto (Tipo C): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas oro-faríngeas de tamanhos variados; luvas descartáveis; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; protetores para queimados ou eviscerados; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; cobertor; compressas cirúrgicas e gazes estéreis; braceletes de identificação; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico (e

ringer lactato - excluir); bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

2.4 - Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por, no mínimo, duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marcapasso externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas oro-faríngeas adulto/infantil; fios-guia para entubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com antisséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com antiséptico; conjunto

de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Nos casos de frota, em que existe demanda para transporte de paciente neonatal deverá haver pelo menos uma incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância; respirador e equipamentos adequados para recém-natos.

2.5 - Aeronave de Transporte Médico (Tipo E): deverá conter os mesmos equipamentos descritos para as ambulâncias de suporte avançado, tanto adulto como infantil, homologados pelos órgãos competentes.

2.6 - Nave de Transporte (Tipo F): poderá ser equipada como descrito nas ambulâncias de classes A,B ou D, dependendo da finalidade de emprego.

2.7 - Unidade de Transporte Neonatal, considerada como de suporte avançado à vida neonatal, será definida em ato de regulamentação complementar.

III - DEFINIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DAS AMBULÂNCIAS

3.1 - Medicamentos obrigatórios que deverão constar em toda ambulância de suporte avançado, aeronaves e naves de transporte médico (Classes D, E e F).

lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, epinefrina, atropina;

dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;

soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%; ringer lactato;

psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolan;

medicamentos para analgesia e anestesia: fentanil, ketalar, quelecin; e

outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina;

dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatosideo C.

4. TRIPULAÇÃO: todos os profissionais deverão ter capacitação específica para a função com certificação emitida pelo Núcleo de Educação em Urgências.

4.1. Ambulância do tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um técnico ou auxiliar de enfermagem.

4.2. Ambulância do tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

4.3. Ambulância do tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares e outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em suporte básico de vida e salvamento

4.4. Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.

4.5. Aeronaves e embarcações: além do piloto ou condutor da embarcação devem ter médico e enfermeiro.

IV - NORMAS PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR - objeto de ato de regulamentação complementar.

V - DEFINIÇÃO DO CONTEÚDO CURRICULAR DOS TRABALHADORES DO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL - objeto de ato de regulamentação complementar.

ANEXO XIX

A - Acompanhamento e avaliação das ações:

1 - o acompanhamento e a avaliação das ações serão efetuados por intermédio da apresentação trimestral de casuística e de indicadores de desempenho a seguir relacionados:

1.1 - tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência;

1.2 - tempo médio decorrido no local da ocorrência;

1.3 - tempo médio de transporte até a unidade de referência;

1.4 - tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência);

1.5 - indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico);

1.6 - taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção sequelas e seguimento no ambiente hospitalar;

1.7 - mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24 horas); e

1.8 - casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causas externas, considerando localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestante e não gestante.

B - Regulação da Atenção às Urgências: papéis e responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde.

1 - o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecido por intermédio da Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, define a organização estrutural e funcional dos sistemas, bem como a responsabilidade das três esferas gestoras da saúde pública brasileira, refletindo as recomendações da NOAS-SUS 01/02;

2 - na perspectiva acima considerada, reconhece-se o papel fundamental dos Municípios na execução da atenção pré-hospitalar móvel, na regulação médica da atenção às urgências e nos demais elementos do complexo regulador, em que as centrais municipais poderão atuar como centrais regionais, notadamente nas áreas metropolitanas e junto aos polos macrorregionais, sempre que houver pactuação intermunicipal regional e acordo na Comissão Intergestores Bipartite;

3 - cabe à esfera de governo estadual, dentro de suas macrofunções de regulação e cooperação, o papel de:

3.1 - coordenar a organização dos instrumentos e mecanismos de regulação, bem como a operacionalização de ações, de acordo com os pactos estabelecidos;

3.2 - assessorar e supervisionar o processo de implementação dos planos municipais e regionais de regulação da assistência;

3.3 - monitorar o cumprimento das pactuações regionais e estaduais estabelecidas, de forma ordenada, oportuna, qualificada e equânime;

3.4 - promover a interlocução inter e intrarregional;

3.5 - monitorar os sistemas de atenção integral às urgências quanto à sua acessibilidade e resolubilidade;

3.6 - avaliar sistematicamente os fluxos pactuados e os espontâneos de pacientes em direção aos serviços de urgência,

propondo correções, quando necessário, com base no Plano Diretor de Regionalização - PDR, na Programação Pactuada Integrada - PPI na Atenção em Saúde e na análise das necessidades não atendidas;

3.7 - compilar, consolidar dados e realizar a análise epidemiológica das demandas direcionadas às Centrais SAMU-192, no âmbito estadual, identificando lacunas assistenciais e subsidiando ações de planejamento ou investimento e de controle do SUS; e

3.8 - gerenciar o processo de avaliação das ações e serviços de saúde.

4 - Sendo assim, as macrofunções do Estado, no âmbito da organização da atenção às urgências, ficam estabelecidas na dimensão da organização e regulação geral do sistema estadual, garantindo a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção às urgências.

As Secretarias Estaduais de Saúde poderão, portanto, desde que em acordo com a pactuação estabelecida com os Municípios, assumir a gestão do sistema de atenção pré-hospitalar móvel e a operacionalização das Centrais SAMU - 192.

5 - Os Estados deverão operar ativamente no sentido da construção e ordenamento dos sistemas regionais, cabendo-lhes o exercício da regulação estadual, promovendo a mediação entre os gestores municipais da saúde, bem como dos fluxos entre as Centrais de Regulação Regionais.

C - Definições da estrutura e das responsabilidades no âmbito dos Comitês Gestores:

1 - as Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Municipais do Sistema de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações. Da mesma forma, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências;

2 - os Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do Sistema de Atenção Integral às Urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional.

Permitirão que os atores envolvidos diretamente na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis;

3 - nos Comitês Gestores Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências, os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a ser enfrentadas no contexto da macro e microrregulação (regional e local). Este relatório da situação da atenção estadual às urgências será remetido à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em Brasília, que comporá a base nacional de dados relativa à atenção às urgências;

4 - recomenda-se que os Comitês Gestores Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais do Sistema de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras;

5 - sugere-se que os Comitês Gestores dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição: coordenador Regional do Sistema de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função, coordenadores Municipais do Sistema de Atenção às Urgências, representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências), representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, para que corporações atuem na atenção às urgências; representante da Defesa Civil e dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes e, conforme a necessidade justificar, de representantes da Aeronáutica, da Marinha e do Exército brasileiros;

6 - para os Comitês Gestores dos Sistemas Municipais de Atenção às Urgências, sugere-se a seguinte composição mínima: Coordenador Municipal do Sistema de Atenção às Urgências, representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das

urgências), representantes do Corpo de Bombeiros, das Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, para que corporações atuem na atenção às urgências; representante da Defesa Civil Municipal e do gestor municipal da área de trânsito, e conforme a necessidade justificar, de representantes do Comando da Aeronáutica, da Marinha e do Exército brasileiros.

D - Dos Núcleos de Educação em Urgências:

1 - os projetos dos Núcleos de Educação em Urgências

NEU deverão contemplar os seguintes objetivos e compromissos:

1.1 - promover profundo processo de capacitação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências e emergências, em todos os níveis de atenção do sistema;

1.2 - estimular a adequação curricular nas instituições formadoras, de forma a atender às necessidades do SUS e da Atenção Integral às Urgências;

1.3 - implantar Laboratórios de Ensino de Procedimentos de Saúde, como parte dos NEU, e envolver de forma interinstitucional os órgãos formadores e os prestadores, para desenvolver uma abordagem temática em urgência no âmbito de todos os Polos de Educação Permanente em Saúde; e

1.4 - financiar a aquisição de equipamentos técnicos para a estruturação de Laboratórios dos Núcleos de Educação em Urgências articulados com os Polos de Educação Permanente em Saúde, onde estes estiverem implantados, sendo no mínimo um por Estado (ação imediata: formação de multiplicadores).

E - Do Planejamento da Operação dos Sistemas de Atenção às Urgências - Componente Pré-Hospitalar Móvel e sua avaliação prospectiva:

1 - O processo de implantação do componente pré-hospitalar móvel exige a elaboração de um diagnóstico abrangente dos Municípios, contemplando os seguintes itens:

1.1 - identificação da rede de atenção instalada, em suas características físicas e complexidade de atuação no atendimento das urgências;

1.2 - levantamento dos dados de produção;

- 1.3 - identificação dos fluxos de pacientes pactuados e/ou espontâneos intra e extramunicipais existentes;
- 1.4 - caracterização do transporte interinstitucional dos pacientes com quadros urgentes;
- 1.5 - diagnóstico da causalidade local e regional das urgências;
- 1.6 - análise da cobertura assistencial a partir dos parâmetros de cobertura populacional vigente;
- e 1.7 - identificação dos padrões profissionais das equipes de saúde.

Todos esses elementos permitirão a elaboração de uma linha de base descritiva dos serviços de saúde e dos perfis epidemiológicos existentes.

2 - O banco de dados originado dessa intervenção constituir-se-á na pedra fundamental para a elaboração da Política de Atenção Integral às Urgências em cada âmbito de gestão, dando conta inicialmente de sete núcleos prioritários de promoção da qualidade de vida e saúde, reunindo urgências clínicas e decorrentes de causas externas:

- 2.1 - traumatismos não-intencionais, violências e suicídios;
- 2.2 - urgências cardiovasculares;
- 2.3 - urgências ginecológicas e obstétricas;
- 2.4 - urgências pediátricas;
- 2.5 - urgências psiquiátricas;
- 2.6 - urgências metabólicas; e
- 2.7 - urgências respiratórias.

3 - A referida linha de base permitirá, ainda, a monitorização e a explicitação dos avanços obtidos na implementação da política nacional.

F - Padronização visual 1 - as ambulâncias, os uniformes e uma série de materiais das equipes seguirão a mesma padronização visual definida pelo Ministério da Saúde em todos os Municípios e Estados que tenham projetos qualificados, com espaços pré-

definidos para as logomarcas do governo federal, do governo estadual e/ou do Município;

2 - as áreas de urgência dos hospitais de referência também deverão receber um selo-padrão de identificação;

3 - a padronização é fundamental para garantir a identificação das equipes e dos hospitais ligados ao SAMU, facilitando a comunicação com a população.

G - Referências bibliográficas para elaboração dos projetos:

- Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990;

- Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001;

- NOAS-SUS-01/2002;

- Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002;

- Portaria nº 2.224/GM, de 5 de dezembro de 2002; e

Conselho Federal de Medicina - Portaria nº 1529, de 1998.

ANEXO XX

UF	QTDE ESTABELECIMENTOS (GESTÃO ESTADUAL)	VALOR PNASS (R\$)
AC	22	880,00
AL	43	1.720,00
AM	131	5.240,00
AP	10	400,00
BA	538	21.520,00
CE	179	7.160,00
DF	40	1.600,00
ES	102	4.080,00
GO	268	10.720,00
MA	162	6.480,00
MG	696	27.840,00
MS	87	3.480,00
MT	190	7.600,00
PA	97	3.880,00
PB	108	4.320,00
PE	212	8.480,00
PI	170	6.800,00
PR	578	23.120,00
RJ	278	11.120,00
RN	144	5.760,00
RO	53	2.120,00

RR	11	440,00
RS	463	18.520,00
SC	278	11.120,00
SE	36	1.440,00
SP	429	17.160,00
TO	67	2.680,00
TOTAL	5392	215.680,00

ANEXO XXI

UF	CÓDIGO	MUNICÍPIO	QTDE ESTABELECIMENTOS (MUNICÍPIO EM GESTÃO PLENA)	VALOR PNASS (R\$)
AC	120045	SENADOR GUIOMARD	1	40,00
AL	270020	ANADIA	1	40,00
AL	270030	ARAPIRACA	12	480,00
AL	270130	CAJUEIRO	1	40,00
AL	270170	CAPELA	1	40,00
AL	270210	COLÔNIA LEOPOLDINA	1	40,00
AL	270230	CORURIBE	2	80,00
AL	270280	FLEXEIRAS	1	40,00
AL	270430	MACEIÓ	60	2.400,00
AL	270550	MURICI	1	40,00
AL	270630	PALMEIRA DOS ÍNDIOS	5	200,00
AL	270640	PÃO DE AÇÚCAR	1	40,00
AL	270670	PENEDO	3	120,00
AL	270800	SANTANA DO IPANEMA	1	40,00
AL	270860	SÃO MIGUEL DOS CAMPOS	2	80,00
AL	270930	UNIÃO DOS PALMARES	4	160,00
AM	130060	BENJAMIN CONSTANT	1	40,00
AM	130120	COARI	1	40,00
AM	130160	FONTE BOA	1	40,00
AM	130170	HUMAITÁ	1	40,00
AM	130250	MANACAPURU	1	40,00
AM	130290	MAUÉS	1	40,00
AM	130340	PARINTINS	4	160,00
AM	130353	PRESIDENTE FIGUEIREDO	1	40,00
AP	160030	MACAPÁ	6	240,00
AP	160060	SANTANA	1	40,00
BA	290070	ALAGOINHAS	9	360,00
BA	290100	AMARGOSA	2	80,00
BA	290290	BARRA DO CHOCA	3	120,00
BA	290320	BARREIRAS	12	480,00

BA	290570	CAMAÇARI	18	720,00
BA	290980	CRUZ DAS ALMAS	4	160,00
BA	291005	DIAS D'AVILA	4	160,00
BA	291072	EUNÁPOLIS	16	640,00
BA	291080	FEIRA DE SANTANA	31	1.240,00
BA	291460	IRECÊ	11	440,00
BA	291470	ITABERABA	6	240,00
BA	291480	ITABUNA	21	840,00
BA	291800	JEQUIÉ	25	1.000,00
BA	291880	LAJE	1	40,00
BA	292110	MEDEIROS NETO	1	40,00
BA	292530	PORTO SEGURO	3	120,00
BA	292870	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	1	40,00
BA	292950	SÃO SEBASTIÃO DO PASSE	2	80,00
BA	293010	SENHOR DO BONFIM	9	360,00
BA	293135	TEIXEIRA DE FREITAS	7	280,00
BA	293330	VITÓRIA DA CONQUISTA	24	960,00
CE	230030	ACOPIARA	2	80,00
CE	230140	ARATUBA	1	40,00
CE	230190	BARBALHA	6	240,00
CE	230210	BATURITÉ	2	80,00
CE	230250	BREJO SANTO	6	240,00
CE	230280	CANINDÉ	2	80,00
CE	230290	CAPISTRANO	1	40,00
CE	230350	CASCAVEL	2	80,00
CE	230370	CAUCAIA	1	40,00
CE	230380	CEDRO	2	80,00
CE	230410	CRATEÚS	9	360,00
CE	230420	CRATO	7	280,00
CE	230425	CRUZ	1	40,00
CE	230430	FARIAS BRITO	2	80,00
CE	230440	FORTALEZA	102	4.080,00
CE	230445	FORTIM	1	40,00
CE	230500	GUARACIABA DO NORTE	2	80,00
CE	230523	HORIZONTE	2	80,00
CE	230535	ICAPUÍ	1	40,00
CE	230550	IGUATU	12	480,00
CE	230600	IRACEMA	1	40,00
CE	230650	ITAPIÚNA	2	80,00
CE	230655	ITAREMA	1	40,00
CE	230690	JAGUARIBE	1	40,00
CE	230730	JUAZEIRO DO NORTE	14	560,00
CE	230770	MARANGUAPE	3	120,00
CE	230780	MARCO	1	40,00
CE	230850	MOMBAÇA	1	40,00

CE	230870	MORADA NOVA	3	120,00
CE	230930	NOVA RUSSAS	2	80,00
CE	230980	PACOTI	2	80,00
CE	231025	PARAIPABA	1	40,00
CE	231050	PEDRA BRANCA	1	40,00
CE	231080	PEREIRO	1	40,00
CE	231085	PINDORETAMA	3	120,00
CE	231130	QUIXADÁ	7	280,00
CE	231135	QUIXELO	1	40,00
CE	231140	QUIXERAMOBIM	3	120,00
CE	231200	SANTANA DO ACARAÚ	1	40,00
CE	231240	SÃO GONCALO DO AMARANTE	2	80,00
CE	231270	SENADOR POMPEU	3	120,00
CE	231290	SOBRAL	12	480,00
CE	231320	TAMBORIL	1	40,00
CE	231330	TAUÁ	7	280,00
CE	231340	TIANGUÁ	3	120,00
CE	231350	TRAIRI	1	40,00
CE	231360	UBAJARA	3	120,00
CE	231410	VIÇOSA DO CEARÁ	2	80,00
ES	320010	AFONSO CLÁUDIO	1	40,00
ES	320020	ALEGRE	5	200,00
ES	320040	ANCHIETA	1	40,00
ES	320050	APIACA	1	40,00
ES	320070	ATÍLIO VIVACQUA	1	40,00
ES	320090	BARRA DE SÃO FRANCISCO	6	240,00
ES	320100	BOA ESPERANÇA	2	80,00
ES	320140	CASTELO	2	80,00
ES	320150	COLATINA	11	440,00
ES	320160	CONCEIÇÃO DA BARRA	1	40,00
ES	320190	DOMINGOS MARTINS	1	40,00
ES	320210	ECOPORANGA	1	40,00
ES	320220	FUNDÃO	1	40,00
ES	320245	IBATIBA	1	40,00
ES	320305	JAGUARÉ	2	80,00
ES	320313	JOÃO NEIVA	2	80,00
ES	320320	LINHARES	5	200,00
ES	320330	MANTENÓPOLIS	1	40,00
ES	320335	MARILÂNDIA	1	40,00
ES	320340	MIMOSO DO SUL	1	40,00
ES	320380	MUQUI	2	80,00
ES	320390	NOVA VENÉCIA	4	160,00
ES	320400	PANCAS	2	80,00
ES	320405	PEDRO CANÁRIO	3	120,00
ES	320435	RIO BANANAL	3	120,00
ES	320455	SANTA MARIA DE	3	120,00

		JETIBÁ		
ES	320460	SANTA TERESA	2	80,00
ES	320480	SÃO JOSÉ DO CALCADO	1	40,00
ES	320503	VARGEM ALTA	3	120,00
ES	320506	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	1	40,00
GO	520060	ALTO PARAÍSO DE GOIÁS	1	40,00
GO	520110	ANÁPOLIS	31	1.240,00
GO	520140	APARECIDA DE GOIÂNIA	10	400,00
GO	520450	CALDAS NOVAS	5	200,00
GO	520540	CERES	11	440,00
GO	520545	CEZARINA	1	40,00
GO	520870	GOIÂNIA	86	3.440,00
GO	520890	GOIÁS	2	80,00
GO	520910	GOIATUBA	5	200,00
GO	521000	INHUMAS	6	240,00
GO	521150	ITUMBIARA	7	280,00
GO	521190	JATAÍ	8	320,00
GO	521250	LUZIÂNIA	5	200,00
GO	521740	PIRES DO RIO	3	120,00
BA	290750	CATU	2	80,00
GO	521770	PONTALINA	3	120,00
GO	521850	QUIRINÓPOLIS	5	200,00
GO	521880	RIO VERDE	10	400,00
GO	522160	URUACU	4	160,00
MA	210005	ACAILÂNDIA	6	240,00
MA	210100	ARARI	1	40,00
MA	210120	BACABAL	11	440,00
MA	210140	BALSAS	10	400,00
MA	210160	BARRA DO CORDA	5	200,00
MA	210170	BARREIRINHAS	1	40,00
MA	210232	BURITICUPU	1	40,00
MA	210300	CAXIAS	16	640,00
MA	210320	CHAPADINHA	4	160,00
MA	210330	CODÓ	4	160,00
MA	210340	COELHO NETO	2	80,00
MA	210350	COLINAS	2	80,00
MA	210360	COROATÁ	2	80,00
MA	210370	CURURUPU	1	40,00
MA	210400	ESPERANTINÓPOLIS	1	40,00
MA	210467	GOVERNADOR NUNES FREIRE	1	40,00
MA	210480	GRAJAÚ	3	120,00
MA	210530	IMPERATRIZ	17	680,00
MA	210540	ITAPECURU MIRIM	3	120,00
MA	210550	JOÃO LISBOA	1	40,00
MA	210570	LAGO DA PEDRA	4	160,00
MA	210750	PAÇO DO LUMIAR	2	80,00

MA	210770	PARAIBANO	2	80,00
MA	210780	PARNARAMA	1	40,00
MA	210820	PEDREIRAS	6	240,00
MA	210830	PENALVA	2	80,00
MA	210860	PINHEIRO	6	240,00
MA	210870	PIO XII	1	40,00
MA	210890	POÇAO DE PEDRAS	4	160,00
MA	210900	PORTO FRANCO	1	40,00
MA	210910	PRESIDENTE DUTRA	1	40,00
MA	210980	SANTA HELENA	1	40,00
MA	210990	SANTA INÊS	10	400,00
MA	211000	SANTA LUZIA	5	200,00
MA	211110	SÃO JOÃO DOS PATOS	2	80,00
MA	211120	SÃO JOSÉ DE RIBAMAR	2	80,00
MA	211130	SÃO LUÍS	38	1.520,00
MA	211170	SÃO VICENTE FERRER	1	40,00
MA	211220	TIMON	17	680,00
MA	211230	TUNTUM	1	40,00
MA	211270	VARGEM GRANDE	1	40,00
MA	211280	VIANA	3	120,00
MA	211290	VITÓRIA DO MEARIM	1	40,00
MA	211300	VITORINO FREIRE	2	80,00
MA	211400	ZÉ DOCA	4	160,00
MG	310160	ALFENAS	13	520,00
MG	310350	ARAGUARI	7	280,00
MG	310560	BARBACENA	23	920,00
MG	310620	BELO HORIZONTE	75	3.000,00
MG	310670	BETIM	9	360,00
MG	310900	BRUMADINHO	3	120,00
MG	310930	BURITIS	2	80,00
MG	311120	CAMPO BELO	4	160,00
MG	311150	CAMPOS ALTOS	2	80,00
MG	311340	CARATINGA	7	280,00
MG	311530	CATAGUASES	6	240,00
MG	311730	CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS	2	80,00
MG	311800	CONGONHAS	6	240,00
MG	311830	CONSELHEIRO LAFAIETE	11	440,00
MG	311860	CONTAGEM	22	880,00
MG	311880	CORAÇÃO DE JESUS	2	80,00
MG	311930	COROMANDEL	3	120,00
MG	312230	DIVINÓPOLIS	7	280,00
MG	312710	FRUTAL	5	200,00
MG	312770	GOVERNADOR VALADARES	31	1.240,00
MG	312940	IBERTIOGA	1	40,00
MG	312950	IBIÁ	2	80,00
MG	312980	IBIRITÉ	2	80,00
MG	313130	IPATINGA	8	320,00
MG	313170	ITABIRA	6	240,00
MG	313210	ITACARAMBI	1	40,00
MG	313270	ITAMBACURI	2	80,00
MG	313380	ITAÚNA	4	160,00

MG	313440	ITURAMA	4	160,00
MG	313520	JANUÁRIA	2	80,00
MG	313620	JOÃO MONLEVADE	7	280,00
MG	313670	JUIZ DE FORA	31	1.240,00
MG	313820	LAVRAS	10	400,00
MG	313940	MANHUAÇU	6	240,00
MG	314310	MONTE CARMELO	4	160,00
MG	314330	MONTES CLAROS	17	680,00
MG	314430	NANUQUE	3	120,00
MG	314590	OURO BRANCO	1	40,00
MG	314700	PARACATU	2	80,00
MG	314800	PATOS DE MINAS	5	200,00
MG	314810	PATROCÍNIO	6	240,00
MG	314930	PEDRO LEOPOLDO	3	120,00
MG	314990	PERDÕES	3	120,00
MG	315180	POÇOS DE CALDAS	15	600,00
MG	315210	PONTE NOVA	6	240,00
MG	315460	RIBEIRÃO DAS NEVES	6	240,00
MG	310160	ALFENAS	13	520,00
MG	315690	SACRAMENTO	5	200,00
MG	315700	SALINAS	5	200,00
MG	315780	SANTA LUZIA	5	200,00
MG	315990	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO	1	40,00
MG	316210	SÃO GOTARDO	2	80,00
MG	316250	SÃO JOÃO DEL REI	1	40,00
MG	316720	SETE LAGOAS	13	520,00
MG	316860	TEÓFILO OTONI	11	440,00
MG	316920	TOMBOS	2	80,00
MG	316940	TRÊS PONTAS	11	440,00
MG	317010	UBERABA	25	1.000,00
MG	317020	UBERLÂNDIA	28	1.120,00
MG	317130	VIÇOSA	6	240,00
MS	500060	AMAMBÁÍ	3	120,00
MS	500110	AQUIDAUANA	5	200,00
MS	500270	CAMPO GRANDE	21	840,00
MS	500325	COSTA RICA	2	80,00
MS	500330	COXIM	1	40,00
MS	500370	DOURADOS	5	200,00
MS	500470	IVINHEMA	2	80,00
MS	500540	MARACAJU	1	40,00
MS	500620	NOVA ANDRADINA	3	120,00
MS	500630	PARANAÍBA	4	160,00
MS	500720	RIO BRILHANTE	1	40,00
MS	500769	SÃO GABRIEL DO OESTE	3	120,00
MS	500830	TRÊS LAGOAS	10	400,00
MT	510025	ALTA FLORESTA	5	200,00
MT	510180	BARRA DO GARÇAS	18	720,00
MT	510267	CAMPO VERDE	3	120,00
MT	510340	CUIABÁ	41	1.640,00

MT	510350	DIAMANTINO	2	80,00
MT	510480	JACIARA	3	120,00
MT	510637	PEDRA PRETA	2	80,00
MT	510704	PRIMAVERA DO LESTE	4	160,00
MT	510760	RONDONÓPOLIS	9	360,00
PA	150010	ABAETETUBA	3	120,00
PA	150034	ÁGUA AZUL DO NORTE	1	40,00
PA	150080	ANANINDEUA	13	520,00
PA	150120	BAIÃO	1	40,00
PA	150130	BARCARENA	4	160,00
PA	150140	BELÉM	52	2.080,00
PA	150180	BREVES	2	80,00
PA	150210	CAMETÁ	2	80,00
PA	150220	CAPANEMA	3	120,00
PA	150240	CASTANHAL	13	520,00
PA	150270	CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA	3	120,00
PA	150304	FLORESTA DO ARAGUAIA	1	40,00
PA	150330	IGARAPÉ-MIRIM	2	80,00
PA	150370	ITUPIRANGA	3	120,00
PA	150390	JURUTI	3	120,00
PA	150420	MARABÁ	9	360,00
PA	150442	MARITUBA	6	240,00
PA	150445	MEDICILÂNDIA	2	80,00
PA	150470	MOJU	3	120,00
PA	150480	MONTE ALEGRE	3	120,00
PA	150490	MUANA	1	40,00
PA	150540	OURÉM	1	40,00
PA	150543	OURILÂNDIA DO NORTE	2	80,00
PA	150549	PALESTINA DO PARÁ	1	40,00
PA	150553	PARAUPEBAS	9	360,00
PA	150590	PORTO DE MOZ	1	40,00
PA	150613	REDENÇÃO	3	120,00
PA	150616	RIO MARIA	2	80,00
PA	150658	SANTA MARIA DAS BARREIRAS	1	40,00
PA	150660	SANTA MARIA DO PARÁ	1	40,00
PA	150670	SANTANA DO ARAGUAIA	2	80,00
PA	150680	SANTARÉM	14	560,00
PA	150730	SÃO FÉLIX DO XINGU	2	80,00
PA	150745	SÃO GERALDO DO ARAGUAIA	2	80,00
PA	150760	SÃO MIGUEL DO GUAMÁ	2	80,00
PA	150795	TAILÂNDIA	1	40,00

PA	150800	TOMÉ-AÇU	3	120,00
PA	150808	TUCUMÃ	5	200,00
PA	150810	TUCURUÍ	3	120,00
PA	150815	URUARA	2	80,00
PA	150830	WISEU	1	40,00
PB	250100	ARARUNA	1	40,00
PB	250150	BANANEIRAS	2	80,00
PB	250180	BAYEUX	3	120,00
PB	250250	BOQUEIRÃO	3	120,00
PB	250320	CABEDELO	4	160,00
PB	250370	CAJAZEIRAS	8	320,00
PB	250400	CAMPINA GRANDE	34	1.360,00
PB	250440	CONCEIÇÃO	2	80,00
PB	250510	CUITÉ	5	200,00
PB	250600	ESPERANÇA	4	160,00
PB	250630	GUARABÍRA	3	120,00
PB	250750	JOÃO PESSOA	69	2.760,00
PB	250770	JUAZEIRINHO	2	80,00
PB	250890	MAMANGUAPE	4	160,00
PB	250970	MONTEIRO	3	120,00
PB	251120	PEDRAS DE FOGO	2	80,00
PB	251130	PIANCÓ	4	160,00
PB	251140	PICUÍ	4	160,00
PB	251230	PRINCESA ISABEL	2	80,00
PB	251370	SANTA RITA	4	160,00
PB	251390	SÃO BENTO	1	40,00
PB	251530	SAPÉ	2	80,00
PB	251550	SERRA BRANCA	4	160,00
PB	251610	SOLEDADE	1	40,00
PB	251620	SOUSA	5	200,00
PB	251630	SUMÉ	4	160,00
PE	260190	BEZERROS	3	120,00
PE	260200	BODOCÓ	2	80,00
PE	260260	BREJO DA MADRE DE DEUS	1	40,00
PE	260290	CABO DE SANTO AGOSTINHO	10	400,00
PE	260345	CAMARAGIBE	9	360,00
PE	260410	CARUARU	21	840,00
PE	260450	CHÁ GRANDE	1	40,00
PE	260640	GRAVATÁ	3	120,00
PE	260680	IGARASSU	4	160,00
PE	260940	MORENO	2	80,00
PE	260960	OLINDA	13	520,00
PE	261070	PAULISTA	8	320,00
PE	261090	PESQUEIRA	2	80,00
PE	261110	PETROLINA	4	160,00
PE	261160	RECIFE	77	3.080,00
PE	261170	RIACHO DAS ALMAS	1	40,00
PE	261250	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	4	160,00

PE	261320	SÃO JOÃO	1	40,00
PE	261620	VERTENTES	4	160,00
PI	220020	ÁGUA BRANCA	3	120,00
PI	220390	FLORIANO	13	520,00
PI	220800	PICOS	16	640,00
PI	220830	PIRACURUCA	3	120,00
PI	221000	SAO JOÃO DO PIAUÍ	2	80,00
PI	221080	SIMPLÍCIO MENDES	1	40,00
PI	221100	TERESINA	65	2.600,00
PR	410140	APUCARANA	11	440,00
PR	410430	CAMPO MOURÃO	12	480,00
PR	410690	CURITIBA	97	3.880,00
PR	410720	DOIS VIZINHOS	6	240,00
PR	410830	FOZ DO IGUACU	13	520,00
PR	410840	FRANCISCO BELTRÃO	8	320,00
PR	411370	LONDRINA	34	1.360,00
PR	411420	MANDAGUARI	3	120,00
PR	411520	MARINGÁ	23	920,00
PR	411850	PATO BRANCO	10	400,00
PR	412535	SÃO JORGE DO PATROCÍNIO	1	40,00
PR	412720	TERRA BOA	7	280,00
PR	412810	UMUARAMA	24	960,00
RJ	330010	ANGRA DOS REIS	7	280,00
RJ	330025	ARRAIAL DO CABO	2	80,00
RJ	330040	BARRA MANSA	8	320,00
RJ	330045	BELFORD ROXO	19	760,00
RJ	330120	CARMO	3	120,00
RJ	330170	DUQUE DE CAXIAS	19	760,00
RJ	330185	GUAPIMIRIM	3	120,00
RJ	330190	ITABORAÍ	11	440,00
RJ	330200	ITAGUAÍ	5	200,00
RJ	330220	ITAPERUNA	16	640,00
RJ	330330	NITERÓI	37	1.480,00
RJ	330340	NOVA FRIBURGO	14	560,00
RJ	330350	NOVA IGUAÇU	51	2.040,00
RJ	330360	PARACAMBI	5	200,00
RJ	330390	PETROPÓLIS	17	680,00
RJ	330400	PIRAÍ	2	80,00
RJ	330420	RESENDE	6	240,00
RJ	330455	RIO DE JANEIRO	146	5.840,00
RJ	330510	SÃO JOÃO DE MERITI	17	680,00
RJ	330570	SUMIDOURO	1	40,00
RJ	330580	TERESÓPOLIS	12	480,00
RJ	330620	VASSOURAS	5	200,00
RJ	330630	VOLTA REDONDA	16	640,00
RN	240200	CAICÓ	11	440,00
RN	240260	CEARÁ-MIRIM	3	120,00
RN	240710	MACAÍBA	7	280,00

RN	240800	MOSSORÓ	16	640,00
RN	240810	NATAL	78	3.120,00
RN	240890	PARELHAS	3	120,00
RN	240940	PAU DOS FERROS	12	480,00
RN	241200	SÃO GONÇALO DO AMARANTE	3	120,00
RN	241220	SÃO JOSÉ DE MIPIBU	6	240,00
RN	241440	TOUROS	2	80,00
RO	110001	ALTA FLORESTA D'OESTE	2	80,00
RO	110002	ARIQUEMES	2	80,00
RO	110005	CEREJEIRAS	1	40,00
RO	110010	GUAJARÁ-MIRIM	3	120,00
RO	110011	JARU	1	40,00
RO	110012	JI-PARANÁ	4	160,00
RO	110014	NOVA BRASILÂNDIA D'OESTE	1	40,00
RO	110015	OURO PRETO DO OESTE	4	160,00
RO	110018	PIMENTA BUENO	2	80,00
RO	110025	PRESIDENTE MÉDICI	1	40,00
RO	110028	ROLIM DE MOURA	3	120,00
RO	110030	VILHENA	3	120,00
RO	110130	MIRANTE DA SERRA	1	40,00
RR	140010	BOA VISTA	5	200,00
RS	430300	CACHOEIRA DO SUL	4	160,00
RS	430440	CANELA	4	160,00
RS	430470	CARAZINHO	6	240,00
RS	430510	CAXIAS DO SUL	17	680,00
RS	430900	GIRUÁ	2	80,00
RS	431390	PANAMBI	4	160,00
RS	431440	PELOTAS	21	840,00
RS	431490	PORTO ALEGRE	59	2.360,00
RS	431680	SANTA CRUZ DO SUL	5	200,00
RS	431720	SANTA ROSA	13	520,00
RS	431870	SÃO LEOPOLDO	7	280,00
RS	432040	SERAFINA CORREA	4	160,00
RS	432260	VENÂNCIO AIRES	1	40,00
SC	420200	BALNEÁRIO CAMBORIÚ	10	400,00
SC	420240	BLUMENAU	15	600,00
SC	420290	BRUSQUE	7	280,00
SC	420420	CHAPECÓ	8	320,00
SC	420430	CONCÓRDIA	4	160,00
SC	420460	CRICIÚMA	9	360,00
SC	420730	IMBITUBA	1	40,00
SC	420820	ITAJAÍ	19	760,00
SC	420890	JARAGUÁ DO SUL	13	520,00
SC	420910	JOINVILLE	16	640,00

SC	420930	LAGES	11	440,00
SC	420940	LAGUNA	6	240,00
SC	421170	ORLEANS	6	240,00
SC	421420	QUILOMBO	2	80,00
SC	421480	RIO DO SUL	4	160,00
SC	421500	RIO NEGRINHO	1	40,00
SC	421580	SÃO BENTO DO SUL	7	280,00
SC	421620	SÃO FRANCISCO DO SUL	4	160,00
SC	421750	SEARA	2	80,00
SC	421900	URUSSANGA	1	40,00
SE	280030	ARACAJU	43	1.720,00
SE	280210	ESTÂNCIA	5	200,00
SE	280290	ITABAIANA	3	120,00
SE	280350	LAGARTO	6	240,00
SE	280480	NOSSA SENHORA DO SOCORRO	10	400,00
SP	350010	ADAMANTINA	3	120,00
SP	350100	ALTINÓPOLIS	1	40,00
SP	350160	AMERICANA	8	320,00
SP	350190	AMPARO	8	320,00
SP	350280	ARAÇATUBA	7	280,00
SP	350310	ARANDU	1	40,00
SP	350320	ARARAQUARA	14	560,00
SP	350330	ARARAS	3	120,00
SP	350400	ASSIS	8	320,00
SP	350410	ATIBAIA	1	40,00
SP	350450	AVARÉ	3	120,00
SP	350490	BANANAL	1	40,00
SP	350550	BARRETOS	7	280,00
SP	350560	BARRINHA	1	40,00
SP	350570	BARUERI	6	240,00
SP	350590	BATATAIS	3	120,00
SP	350610	BEBEDOURO	3	120,00
SP	350635	BERTIOGA	2	80,00
SP	350700	BOITUVA	2	80,00
SP	350760	BRAGANÇA PAULISTA	4	160,00
SP	350780	BRODÓSQUI	2	80,00
SP	350800	BURI	1	40,00
SP	350810	BURITAMA	1	40,00
SP	350850	CAÇAPAVA	2	80,00
SP	350860	CACHOEIRA PAULISTA	2	80,00
SP	350900	CAIEIRAS	5	200,00
SP	350920	CAJAMAR	3	120,00
SP	350930	CAJOBI	1	40,00
SP	350940	CAJURU	2	80,00
SP	350950	CAMPINAS	37	1.480,00
SP	350960	CAMPO LIMPO PAULISTA	2	80,00

SP	351000	CÂNDIDO MOTA	1	40,00
SP	351050	CARAGUATATUBA	4	160,00
SP	351110	CATANDUVA	3	120,00
SP	351150	CERQUILHO	5	200,00
SP	351200	COLINA	2	80,00
SP	351220	CONCHAL	1	40,00
SP	351230	CONCHAS	2	80,00
SP	351280	COSMÓPOLIS	3	120,00
SP	351340	CRUZEIRO	7	280,00
SP	351350	CUBATÃO	3	120,00
SP	351380	DIADEMA	10	400,00
SP	351440	DRACENA	2	80,00
SP	351470	ECHAPORÃ	1	40,00
SP	351500	EMBU	2	80,00
SP	351518	ESPÍRITO SANTO DO PINHAL	5	200,00
SP	351620	FRANCA	11	440,00
SP	351630	FRANCISCO MORATO	2	80,00
SP	351640	FRANCO DA ROCHA	6	240,00
SP	351670	GARÇA	5	200,00
SP	351740	GUAÍRA	2	80,00
SP	351840	GUARATINGUETÁ	2	80,00
SP	351860	GUARIBA	1	40,00
SP	351870	GUARUJÁ	10	400,00
SP	351880	GUARULHOS	15	600,00
SP	351907	HORTOLÂNDIA	2	80,00
SP	351970	IBIÚNA	1	40,00
SP	352044	ILHA SOLTEIRA	2	80,00
SP	352050	INDAIATUBA	11	440,00
SP	352210	ITANHAÉM	5	200,00
SP	352220	ITAPECERICA DA SERRA	7	280,00
SP	352240	ITAPEVA	4	160,00
SP	352260	ITAPIRA	4	160,00
SP	352280	ITAPORANGA	1	40,00
SP	352320	ITARARE	4	160,00
SP	352340	ITATIBA	4	160,00
SP	352360	ITIRAPINA	1	40,00
SP	352390	ITU	6	240,00
SP	352400	ITUPEVA	2	80,00
SP	352410	ITUVERAVA	2	80,00
SP	352420	JABORANDI	1	40,00
SP	352430	JABOTICABAL	5	200,00
SP	352440	JACAREÍ	6	240,00
SP	352470	JAGUARIÚNA	2	80,00
SP	352510	JARDINÓPOLIS	3	120,00
SP	352520	JARINU	1	40,00
SP	352550	JOANÓPOLIS	1	40,00
SP	352590	JUNDIAÍ	19	760,00
SP	352640	LARANJAL PAULISTA	1	40,00

SP	352670	LEME	5	200,00
SP	352680	LENÇÓIS PAULISTA	3	120,00
SP	352690	LIMEIRA	8	320,00
SP	352710	LINS	5	200,00
SP	352720	LORENA	4	160,00
SP	352740	LUCÉLIA	1	40,00
SP	352840	MAIRINQUE	2	80,00
SP	352850	MAIRIPORÃ	5	200,00
SP	352900	MARÍLIA	14	560,00
SP	352940	MAUÁ	5	200,00
SP	353050	MOCOCA	6	240,00
SP	353070	MOJI-GUAÇU	4	160,00
SP	353080	MOJI-MIRIM	5	200,00
SP	353110	MONGAGUÁ	3	120,00
SP	353130	MONTE ALTO	2	80,00
SP	353150	MONTE AZUL PAULISTA	4	160,00
SP	353180	MONTE MOR	4	160,00
SP	353200	MORUNGABA	1	40,00
SP	353240	NAZARÉ PAULISTA	1	40,00
SP	353340	NOVA ODESSA	3	120,00
SP	353390	OLÍMPIA	2	80,00
SP	353440	OSASCO	8	320,00
SP	353460	OSVALDO CRUZ	2	80,00
SP	353470	OURINHOS	8	320,00
SP	353490	PACAEMBU	1	40,00
SP	353530	PALMITAL	1	40,00
SP	353550	PARAGUAÇU PAULISTA	1	40,00
SP	353650	PAULÍNIA	6	240,00
SP	353730	PENÁPOLIS	6	240,00
SP	353760	PERUÍBE	2	80,00
SP	353800	PINDAMONHANGABA	2	80,00
SP	353870	PIRACICABA	10	400,00
SP	354000	POMPÉIA	2	80,00
SP	354020	PONTAL	2	80,00
SP	354060	PORTO FELIZ	1	40,00
SP	354080	POTIRENDABA	2	80,00
SP	354100	PRAIA GRANDE	7	280,00
SP	354120	PRESIDENTE BERNARDES	1	40,00
SP	354140	PRESIDENTE PRUDENTE	11	440,00
SP	354150	PRESIDENTE VENCESLAU	1	40,00
SP	354300	RIBEIRÃO BRANCO	2	80,00
SP	354330	RIBEIRÃO PIRES	4	160,00
SP	354340	RIBEIRÃO PRETO	28	1.120,00
SP	354390	RIO CLARO	9	360,00
SP	354400	RIO DAS PEDRAS	2	80,00
SP	354520	SALTO	4	160,00

SP	354580	SANTA BÁRBARA D'OESTE	3	120,00
SP	354680	SANTA ISABEL	1	40,00
SP	354780	SANTO ANDRÉ	21	840,00
SP	354790	SANTO ANTONIO DA ALEGRIA	2	80,00
SP	354850	SANTOS	18	720,00
SP	354870	SÃO BERNARDO DO CAMPO	15	600,00
SP	354880	SÃO CAETANO DO SUL	9	360,00
SP	354890	SÃO CARLOS	5	200,00
SP	354910	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	7	280,00
SP	354970	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	5	200,00
SP	354980	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	23	920,00
SP	354990	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	25	1.000,00
SP	355010	SÃO MANUEL	1	40,00
SP	355030	SÃO PAULO	221	8.840,00
SP	355040	SÃO PEDRO	3	120,00
SP	355060	SÃO ROQUE	2	80,00
SP	355070	SÃO SEBASTIÃO	8	320,00
SP	355090	SÃO SIMÃO	2	80,00
SP	355100	SÃO VICENTE	10	400,00
SP	355150	SERRANA	5	200,00
SP	355170	SERTÃOZINHO	4	160,00
SP	355220	SOROCABA	20	800,00
SP	355280	TABOÃO DA SERRA	6	240,00
SP	355320	TAIÚVA	1	40,00
SP	355360	TAPIRATIBA	2	80,00
SP	355370	TAQUARITINGA	3	120,00
SP	355400	TATUI	4	160,00
SP	355430	TEODORO SAMPAIO	1	40,00
SP	355450	TIETÊ	1	40,00
SP	355540	UBATUBA	2	80,00
SP	355620	VALINHOS	1	40,00
SP	355670	VINHEDO	6	240,00
SP	355690	VISTA ALEGRE DO ALTO	2	80,00
SP	355700	VOTORANTIM	3	120,00
TO	170820	FORMOSO DO ARAGUAIA	1	40,00
TO	170950	GURUPI	2	80,00
TO	171050	ITACAJÁ	1	40,00
TO	171430	NAZARÉ	1	40,00
TO	171575	PALMEIRÓPOLIS	1	40,00
TO	171620	PARANÁ	1	40,00
				182.680,00

ANEXO XXII

TERMO DE COMPROMISSO INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

UF:

Código: Município:

Data : ___/___/_____

INDICADORES		DADOS DISPONÍVEIS			META PACTUADA
		1996	1997	1998	1999
1. Cobertura Vacinal de rotina em crianças <1 ano	BCG				
	PÓLIO				
	DPT				
	SARAMPO				
2. Nº de notificações de casos de tétano neonatal por local de residência					
3. Nº de notificações de casos de sarampo por local de residência					
4. Porcentual de casos de hanseníase PB e MB curados entre os casos novos que iniciaram tratamento PQT					
5. Porcentual de pacientes de tuberculose curados, por local de residência					
6. Proporção de crianças com baixo peso ao nascer					
7. Número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano					
8. Número de consultas de pré-natal por parto					
9. Porcentual de internação por gravidez na adolescência					
10. Coeficiente de internação por IRA de crianças menores de 5 anos, por local de residência.					
11. Coeficiente de internação de menores de 5 anos por desidratação, por local de residência.					
12. Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos, por local de residência					
13. Coeficiente de hospitalização por acidente vascular cerebral e infarto na população de 30 a 69 anos, por local de residência.					

14. Coeficiente de hospitalização por complicação de diabetes mellitus, por local de residência				
15. Cobertura vacinal anti-rábica de cães				

Os indicadores relacionados dizem respeito ao acompanhamento de um elenco de responsabilidades assumidas pelos municípios habilitados na NOB/96 na Gestão Plena da Atenção Básica e na Gestão Plena do Sistema, de acordo com o Manual para Organização da Atenção Básica.

Secretário Municipal de Saúde

Secretário Estadual de Saúde

ANEXO XXIII

PLANILHA DE METAS ESTADUAIS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

UF:

Data: ___/___/_____

INDICADORES		DADOS DISPONÍVEIS			META PACTUADA
		1996	1997	1998	1999
1. Cobertura Vacinal de rotina em crianças < ano	BCG				
	PÓLIO				
	DPT				
	SARAMPO				
2. Nº de notificações de casos de tétano neonatal por local de residência					
3. Nº de notificações de casos de sarampo por local de residência					
4. Percentual de casos de hanseníase PB e MB curados entre os casos novos que iniciaram tratamento PQT					
5. Percentual de pacientes de tuberculose curados, por local de residência					
6. Proporção de crianças com baixo peso ao nascer					
7. Número absoluto de óbitos					

de crianças menores de 1 ano				
8. Número de consultas de pré-natal por parto				
9. Porcentual de internação por gravidez na adolescência				
10. Coeficiente de internação por IRA de crianças menores de 5 anos, por local de residência				
11. Coeficiente de internação de menores de 5 anos por desidratação, por local de residência				
12. Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos, por local de residência				
13. Coeficiente de hospitalização por acidente vascular cerebral e infarto na população de 30 a 69 anos, por local de residência				
14. Coeficiente de hospitalização por complicação de diabetes mellitus, por local de residência				

* Os indicadores relacionados dizem respeito, ao acompanhamento de um elenco de responsabilidades assumidas pelos Municípios habilitados na NOB/96 na Gestão Plena da Atenção Básica e na Gestão Plena do Sistema, de acordo com o Manual para Organização da Atenção Básica.

Secretário Estadual de Saúde

ANEXO XXIV

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA CAPÍTULO I DA ATENÇÃO BÁSICA

1 - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho

em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

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

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Para o processo de pactuação da Atenção Básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a ser alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a ser acompanhados nos respectivos territórios.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

Os Municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

2.1 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal:

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;

II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos planos de saúde municipais e do Distrito Federal;

III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

V - garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a ser enviados às outras esferas de gestão;

XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;

XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e

XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não-governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;

II - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados deste Regulamento;

III - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;

IV - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;

VI - prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;

VII - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;

VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XI - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;

XII - ser corresponsável, no Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos Municípios e ao Distrito Federal; e

XIII - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:

a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde;

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB;

XIV - assessorar os Municípios na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;

XV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios para o Ministério da Saúde, de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

XVI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos Municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

XVII - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;

XVIII - assessorar Municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;

XIX - disponibilizar aos Municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;

XX - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de Saúde da Família;

XXI - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos Municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; e

XXII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Estado e do Distrito Federal.

2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da Estratégia Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica - PAB fixo e variável;

III - prestar assessoria técnica aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família;

IV - estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica;

V - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica;

VI - articular com o MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica;

VII - assessorar Estados, Municípios e Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica;

VIII - analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite;

XIII - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no âmbito nacional;

XIV - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; e

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado, para o fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no País.

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal:

I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II - UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;

VII - garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

4 - DO CADASTRAMENTO DAS UNIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

O cadastramento das Unidades Básicas de Saúde será feito pelos gestores municipais e do Distrito Federal em consonância com as normas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

5 - DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação das UBS;

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

6 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do Município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

7 - DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES, nos Estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os conteúdos mínimos da Educação Permanente devem priorizar as áreas estratégicas da Atenção Básica, acordadas na CIT, acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Devem compor o financiamento da Educação Permanente recursos das três esferas de governo acordados na CIT e nas CIBs.

Os serviços de Atenção Básica deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem de acordo com processos acordados na CIT e nas CIBs.

CAPÍTULO II

DAS ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1 - PRINCÍPIOS GERAIS

A estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

Além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm as seguintes responsabilidades:

2.1 Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - inserir a estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;

II - definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;

III - garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

IV - assegurar o cumprimento de horário integral - jornada de 40 horas semanais - de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

V - realizar e manter atualizado o cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; e

VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das Equipes de Saúde da Família.

2.2 Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da

Família no Estado, mantidos os princípios gerais descritos neste Regulamento;

II - estabelecer no plano de saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família;

III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, de ESB e de ACS elaborada pelos Municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;

VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos Municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS;

VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos Municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos Municípios;

VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos Municípios no território estadual;

IX - prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de implantação e ampliação da SF;

X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do Estado Estratégias de expansão e qualificação de cursos de pósgraduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos Municípios e pactuadas nas CIBs;
e

XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos Municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

2.3. Compete ao Distrito Federal:

I - estabelecer, no plano de saúde do Distrito Federal, metas e prioridades para a Saúde da Família;

II - analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS;

III - responsabilizar-se, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento, controle e avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos ao Distrito Federal; e

IV - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados.

2.4 Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir e rever, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da Saúde da Família;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;

III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;

IV - articular com o MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente;

V - analisar dados de interesse nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos; e

VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será realizado considerando a população cadastrada no sistema de informação vigente.

3 - DA INFRAESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possuam, minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

IV - garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

São itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família:

I - no caso das Equipes de Saúde Bucal - ESB, modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

II - no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

III - existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das Equipes de Saúde Bucal, que possua, minimamente:

a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e

b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica em saúde.

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica. São itens necessários à organização da implantação dessa estratégia:

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor;

II - a existência de um enfermeiro para até 30 ACS, o que constitui uma equipe de ACS;

III - o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais dedicadas à equipe de ACS pelo enfermeiro supervisor e pelos ACS;

IV - definição das microáreas sob a responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas; e

V - o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.

4. DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área ou adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

As atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, de ACS e de enfermeiros das equipes PACS estão descritas neste Anexo.

5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESFs por meio do Curso Introdutório para toda a equipe.

Recomenda-se que:

I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;

II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em Municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em Municípios com população superior a 100 mil habitantes, é da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.

Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.

6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

I - o Município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, de ESB e de ACS, em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes neste Anexo. A proposta deve definir:

a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e das microáreas;

- b) infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades de atuação de cada uma;
 - c) ações a ser desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
 - d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;
 - e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;
 - f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;
 - g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;
 - h) a contrapartida de recursos do Município e do Distrito Federal;
- II - a proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta ao Ministério da Saúde;
- III - a Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
- IV - após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e a do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;
- V - O Município, com as equipes previamente credenciadas pelo Estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no Sistema Nacional de Informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;

VI -O Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS; e

VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contrarreferência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - Raios X e ultrassom, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde.

CAPÍTULO III

DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite.

O Piso da Atenção Básica - PAB constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável.

O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica - PAB comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica conforme o estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do Município e do Distrito Federal.

2 - DO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica.

O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os Municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família - SF; Agentes

Comunitários de Saúde - ACS; Saúde Bucal - SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena - SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos Municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal.

Os recursos serão repassados em conta específica denominada "FMS - nome do Município - PAB" de acordo com a normatização geral de transferências, fundo a fundo, do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas, ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os Municípios deverão remeter, por via eletrônica, o processamento da produção de serviços referentes ao PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido.

As Secretarias de Saúde dos Estados e a do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando o cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Os Municípios e o Distrito Federal deverão efetuar suas despesas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento).

De acordo com o artigo 6º do Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232,

de 30 de agosto de 1994, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

- I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;
- II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;
- III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e
- IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

2.1. Da parte fixa do Piso da Atenção Básica Os recursos do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes à população de Municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos de que trata este Regulamento podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites.

A parte fixa do PAB será calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde, pela população de cada Município e do Distrito Federal e seu valor será publicado em portaria específica. Nos Municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, será mantido o maior valor.

A população de cada Município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Os Municípios que já recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares ao PSF, de acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da FUNASA, de acordo com a Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, terão os valores correspondentes incorporados a seu PAB fixo a partir da publicação do teto financeiro do Bloco da Atenção Básica.

Ficam mantidas as ações descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

2.2. Do Piso da Atenção Básica Variável Os recursos do PAB variável são parte integrante do Bloco da Atenção Básica e terão sua utilização definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo das ações previstas nesta Política.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica, cujo financiamento global se dá em composição tripartite.

Para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e os municípios devem aderir às estratégias nacionais:

- I - Saúde da Família - SF;
- II - Agentes Comunitários de Saúde - ACS;
- III - Saúde Bucal - SB;
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Saúde Indígena - SI; e
- VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena - SI será regulamentada em portaria específica.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde no Sistema Penitenciário se dará em conformidade ao disposto nos arts. 465 ao 477.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos Municípios:

I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;

II - os dados a ser transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;

III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB dar-se-á por meio do BBS/MS, da internet, ou por disquete;

IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e

V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.

O número máximo de Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS a ser financiado pelo Ministério da Saúde, a cada ano, será definido em portaria específica, respeitando os limites orçamentários.

Os valores dos componentes do PAB variável serão definidos em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Equipe de Saúde da Família (ESF) Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família - ESF registrado no cadastro de equipes e profissionais do Sistema da Informação da Atenção Básica - SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF pelas quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população / 2400.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESFs:

1. ESF Modalidade 1: são as ESFs que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano - IDH igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou

II - estiverem implantadas em Municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS e que não estão enquadrados no estabelecido no item I; e

III - estiverem implantadas em Municípios não incluídos no estabelecido nos itens I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de, no mínimo, 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por Município, publicado em portaria específica.

2. ESF Modalidade 2: são as ESFs implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESFs Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde. Os Municípios passarão a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, na 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 Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, no mês de agosto do ano vigente.

O número máximo de ACS pelos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população IBGE/ 400.

Para Municípios dos Estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana / 400 + população da área rural IBGE/ 280.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB, definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

Equipes de Saúde Bucal - ESB Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal - ESB registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, na respectiva competência financeira.

Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal - ESB, quantas equipes estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família e considerem a lógica de organização da Atenção Básica - Saúde da Família.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário;

II - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

Compensação de Especificidades Regionais Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais serão definidos em portaria ministerial específica para esse fim.

A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais será definida periodicamente pelas CIBs.

A CIB selecionará os Municípios a ser contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada Estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

O plenário da CIT deve ser informado dos critérios definidos.

No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação desses recursos deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde enviarão a listagem de Municípios, com os valores e o período de transferência dos recursos pactuados nas CIBs, ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que os valores sejam transferidos do FNS para os FMS.

3 - REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PAB

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O plano de saúde municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os Municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses planos por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir essa correção.

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

I - cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para:

a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;

b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal; e

c) razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

II - cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%.

O Ministério da Saúde publicará anualmente, em portaria específica, os indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do PAB fixo.

4 - DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, por parte dos Municípios e/ou do Distrito Federal, e na transferência dos arquivos, realizada pelos Municípios, o Distrito Federal e os Estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros a Equipes de Saúde da Família, a Equipes de Saúde Bucal e a de Agentes Comunitários de Saúde, com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

Essa retroatividade limitar-se á aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os Municípios e o Distrito Federal deverão:

I - preencher a planilha constante deste Anexo, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem ou o agente comunitário de saúde que não gerou crédito de incentivo;

II - imprimir o relatório de produção, no caso de Equipes de Saúde da Família, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu Estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente, devendo no caso do Distrito Federal, o ofício ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos Municípios, deverão encaminhar ao

Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados neste Regulamento, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do Município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

5 - DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO PAB

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do PAB 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, a saber:

- a) Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB - para os Municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB;
- b) Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA;
- c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
- d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
- e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
- f) Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação SINAN; e
- g) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SIS-PNI.

Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano; e

II - forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos,

cuja suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

5.1. Da suspensão do repasse de recursos do PAB variável O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos a Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal ao Município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS, algumas das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes; e/ou II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica; e/ou III - o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política.

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos, relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, ao Município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do DENASUS, algumas das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada como referência para a população cadastrada pelos ACS; e/ou II - ausência de enfermeiro supervisor por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a legislação eleitoral impede a contratação de profissionais, nos quais será considerada irregular a ausência de profissional; e/ou

III - ausência de ACS, por período superior a 90 (noventa) dias consecutivos; e/ou IV - descumprimento da carga horária estabelecida nesta Política, para os profissionais.

6 - DOS RECURSOS DE ESTRUTURAÇÃO

Na implantação das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades de Saúde de cada Equipe de Saúde da Família e para Equipes de Saúde Bucal, visando à melhoria da infraestrutura física e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde para o trabalho das equipes.

Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo de estruturação, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados aos Fundos de Saúde do Distrito Federal, do Estado ou do Município.

Em caso de redução do número de Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal, o Município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação, até que seja alcançado o número de equipes já implantadas anteriormente.

O Ministério da Saúde disponibilizará, a cada ano, recursos destinados à estruturação da rede básica de serviços de acordo com sua disponibilidade orçamentária. A CIT pactuará os critérios para a seleção dos Municípios e/ou do Distrito Federal.

Para o ano de 2006, serão disponibilizados recursos aos Municípios:

I - que realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pelo CNRM; e

II - que em suas Unidades Básicas de Saúde recebam alunos de Cursos de Graduação contemplados no PROSAÚDE.

O Ministério da Saúde publicará portaria específica com o montante disponibilizado, a forma de repasse, a listagem de contemplados e o cronograma de desembolso.

Esses recursos serão transferidos, fundo a fundo, aos Municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao

trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a ser acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral, conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos, curativas de atendimento da demanda espontânea, programáticas e de vigilância em saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, tomando por base a utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob a coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação da Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a ser definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal, ampliá-las de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - 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 coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido aos ACS desenvolver atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.
(NR)

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnóstico;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do ACS, do Auxiliar de Enfermagem, do Auxiliar de Consultório Dentário - ACD e do Técnico em Higiene Dental - THD;

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF;

VIII - compete ao Médico acompanhar a execução dos Protocolos, devendo modificar a rotina médica, desde que existam indicações clínicas e evidências científicas para tanto; e

IX - na eventualidade da revisão dos Protocolos ou da criação de novos Protocolos, os Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem e outros Conselhos, quando necessário, deverão participar também da sua elaboração.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe;

e III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

V - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental - THD:

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da

Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar de Consultório Dentário - ACD:

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 - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Quadros Para Projetos de Implantação - ACS/SF/SB Caracterização Geral

Nome ou nº da SF/SB.	Área geográfica de atuação (Nome do município / Bairro / Comunidade)	População estimada

Infraestrutura

Nome ou nº da ESF	Material Permanente			
	Existentes	Qtde.	A adquirir	Qtde.

Forma de contratação de recursos humanos

Profissional	Forma de recrutamento	Forma de seleção	Forma de contratação	Regime de trabalho
Médico				
Enfermeiro				
Auxiliar de enfermagem				
Agente Comunitário de Saúde				
Dentista				
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)				
Técnico em Higiene Dental (THD)				
Outros profissionais (especificar)				

Quadro de Metas das Ações em Áreas Estratégicas

Nome ou nº da ESF	Área estratégica de atuação	Ações propostas para a ESF	Quantitativo de ações programadas por ano, por ESF
	Saúde da Criança		
	Saúde da Mulher		
	Controle do Diabetes		
	Controle da Hipertensão		
	Eliminação da Hanseníase		
	Controle da Tuberculose		
	Saúde Bucal		
	Eliminação da Desnutrição Infantil		
	Promoção da Saúde		
	Saúde do Idoso		

Avaliação e acompanhamento das ações

Instrumento de	Forma de acompanhamento proposta
----------------	----------------------------------

Avaliação	
SIAB	
Pacto de Atenção Básica	
Pacto de Gestão	
Outros (especificar)	

Quadro-resumo de financiamento das áreas de implantação

Despesas	Despesas com pessoal	Despesas com material/manutenção.	Estruturação	TOTAL
Atual				
Proposta com SF/SB				

Receitas	Recursos municipais	Recursos estaduais	Incentivo Ministério da Saúde	TOTAL
Atual			PAB Fixo	
Proposta com SF/SB			?	

Definição das Referências na Média Complexidade

Ações de Referência	Nome e local da Unidade de Referência	Forma de Encaminhamento
Atendimentos especializados		
Atendimentos de urgência		
Exames de laboratório		
Radiodiagnóstico		
Ultrassonografia		
Reabilitação		
Internação nas Clínicas Básicas		

DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
 SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE
 DOS INCENTIVOS FINANCEIROS - ANO _____
 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E
 DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

MUNICÍPIO: _____ UF: _____
 _____ CÓDIGO IBGE: _____

COMPETÊNCIA: _____ TIPO DE
 INCENTIVO: CUSTEIO () ADICIONAL () ESF () ACS () ESB Mod
 I () ESB Mod II ()
 IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: _____

_____ MOTIVO DO NÃO-
CADASTRAMENTO NO
SIAB: _____

NOME DOS PROFISSIONAIS	CATEGORIA PROFISSIONAL	REGISTRO PROFISSIONAL / IDENTIDADE

NOME DA EQUIPE: Identificação da equipe através do nome por ela utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Identificar, inicialmente, se o incentivo é de custeio (aquele transferido mensalmente) ou é o adicional. Em seguida, marcar se é relativo a Equipes de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde ou Equipes de Saúde Bucal, modalidade I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe, que não gerou incentivo.

CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna anterior IDENTIDADE/ REGISTRO PROFISSIONAL: Informar ao médico, ao enfermeiro e ao dentista, o registro profissional; e, para os demais, digitar o número do documento de identidade,

DATA: _____

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE
SAÚDE: _____ SECRETÁRIO DE SAÚDE DO
ESTADO: _____

ANEXO XXV

PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

I. Justificativa

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório são a primeira causa de morte, correspondendo a, aproximadamente, 255 mil óbitos anuais - 27% da mortalidade geral -, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/Cenepi/MS, 2000).

No Sistema Único de Saúde - SUS -, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 internações/ano, com um custo aproximado de R\$ 475 milhões, nos quais não estão inclusos os

gastos com procedimentos de alta complexidade. De outra parte, a hipertensão arterial está relacionada a cerca de 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica terminal, 80% dos casos de acidente vascular encefálico e 60% dos infartos do miocárdio. Além do custo financeiro, é alto o custo social. Dados do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS demonstram que 40% das aposentadorias precoces estão relacionadas às doenças do aparelho cardiovascular.

Dados do IBGE mostram que, no País, 80% da população vive em regiões urbanas. Estima-se que 70% dessa população tem hábitos de vida sedentários. Sabe-se que a inatividade física, juntamente com a dieta e o hábito de fumar são os fatores mais importantes no adoecer e morrer por doenças crônicas não-transmissíveis.

Estudos epidemiológicos e experimentais evidenciam uma relação positiva entre a atividade física e a diminuição da mortalidade, sugerindo um efeito sobre os riscos de enfermidades cardiovasculares, o perfil dos lipídeos plasmáticos, a manutenção da densidade óssea, a redução das dores lombares e melhores perspectivas no controle de enfermidades respiratórias crônicas. Sugerem também efeitos positivos no tratamento da arteriosclerose, da enfermidade venosa periférica e da osteoporose, bem como na diminuição da ansiedade e do estresse, além de melhora da autoestima. Atividade física moderada e regular, associada a dieta adequada, é capaz de controlar e limitar a progressão da diabetes tipo II. Assim, estimular a população a incorporar a prática de 30 minutos de atividade física regular e de intensidade moderada é valioso na promoção da saúde e de fácil adesão por aqueles que têm baixa motivação para a prática de exercícios.

II. Objetivos O Programa de Promoção da Atividade Física tem por propósito estimular a alteração dos hábitos de vida das pessoas com a incorporação da prática regular de, pelo menos, 30 minutos de atividade física, na maior parte dos dias da semana - se possível, diariamente -, de intensidade moderada, como estratégia para redução de risco de doença crônica não transmissível e para qualidade de vida.

Esse Programa está associado ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, e pressupõe uma ação intersetorial da saúde, educação, esportes e afins. Dirigido a toda a população e, em especial, àqueles segmentos expostos ao risco de doenças crônicas não-transmissíveis, o Programa é de aplicabilidade fácil, de baixo custo e alto benefício na promoção e proteção da saúde.

O Programa tem por objetivos:

1. divulgar informações relativas aos benefícios da atividade física e promover o envolvimento da população nessas práticas, enfatizando a sua importância como fator essencial de proteção à saúde, em especial no caso de portadores de doenças crônicas não-transmissíveis;
2. promover ações e atividades que induzam as pessoas a adotar, de forma regular, a prática de atividades físicas como um hábito de vida;
3. constituir-se em instrumento de sustentabilidade e efetividade às ações de prevenção e controle de doenças crônicas não-transmissíveis; e
4. desenvolver estudos e formular metodologias nacionais capazes de comprovar benefícios e avaliar impactos da promoção da atividade física na alteração de hábitos de vida e no controle e prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis III.
Estratégia Para o alcance desses objetivos, a implementação do Programa de Promoção da Atividade Física compreenderá:

1. a utilização de consultoria técnica do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul - Celafisc, mediante contrato pelo Projeto Bra/98/006 - Promoção da Saúde, Contrato de Pequenos Serviços nº 01/042, de 9 de março de 2001. O referido Centro deve apoiar "a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde - SPS/MS na implementação de ações de educação em saúde, com o desenvolvimento de projeto de implantação nacional de um programa de promoção da atividade física para a população brasileira, como forma de prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde";
2. o estabelecimento de parcerias com os gestores estaduais e municipais do SUS para assegurar a implantação e a implementação das atividades e ações do Programa.

IV. Operacionalização A operacionalização do Programa de Promoção da Atividade Física envolve as seguintes atividades:

1. realização de 30 oficinas, pelo menos uma em cada unidade federada, destinadas a sensibilizar, capacitar e formar multiplicadores;
2. fornecimento de material de divulgação e cartilha para atender à capacitação dos 30 grupos de multiplicadores participantes das oficinas estaduais;

3. proposição, produção e divulgação entre os multiplicadores de questionários para ser usados pelos promotores de ações de estímulo à atividade física, com vistas a catalogar populações de hábitos sedentários, sua transformação em ativos, graus de atividades, incidência e prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis;

4. presença de, no mínimo, um técnico do projeto de Promoção da Saúde e um do Celafisc para conduzir as oficinas estaduais;

5. apresentação do Programa nos fóruns nacionais do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, visando à absorção dos seus objetivos por parte dos integrantes dessas instâncias;

6. produção de materiais educativos e de divulgação do Programa para os serviços de Atenção Básica; e

7. estabelecimento de parcerias com representantes das áreas de saúde e afins, tanto do âmbito governamental quanto do acadêmico e da sociedade civil, visando ao desenvolvimento de articulações e ações de incentivo à prática de atividades físicas de forma regular, alterando positivamente o hábito de vida das pessoas.

V. Cronograma A primeira etapa do Programa compreenderá a divulgação e a realização das oficinas no decorrer do segundo semestre de 2001. A promoção da atividade física deverá ser incorporada como prática de controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

VI. Avaliação de impacto O Programa deverá, em parceria com a coordenação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde e os serviços de controle e prevenção de doenças não-transmissíveis das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul - Celafisc/SP:

1. quantificar e analisar as atividades e ações desenvolvidas nos níveis locais de estímulo à atividade física; e

2. quantificar e analisar a incorporação do conhecimento da população sobre os benefícios da prática de atividade física, que residem nas cidades onde o Programa foi implantado.

ANEXO XXVI

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUS PNPIC

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 iniciaram-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 Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de

institucionalizar a assistência homeopática na rede pública 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, a acupuntura e a 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 nos Estados e nos Municípios, em 2004, mostrou a estruturação de algumas dessas práticas contempladas na política em 26 Estados, num total de 19 capitais e 232 Municípios.

Essa 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 interrelação 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 isoladamente 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 neuroreativas 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, à 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 do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS 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 do 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 à 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 Política Nacional de Medicamentos, prevista nos arts. 241 e 242 deste Regulamento, 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 Mediciniais, 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, de 6 de maio de 2004, 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";e

- O Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Mediciniais 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 intersectorialidade 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, mas 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 nesse 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 sua saúde, seja para 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 às 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; e
- 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 em que as Práticas Integrativas e Complementares estejam integradas 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 China 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 corresponsabilização com as ESF. Além disso, será função precípua desses profissionais:

- 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/contrarreferência 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/contrarreferência, 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 SIA/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 neuroreativas 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 neuroreativas (pontos de acupuntura);

b) eletroestimulação - consiste em aplicar estímulos elétricos determinados, de frequência variável de 1 a 1000 Hz, de baixa voltagem e baixa amperagem em zonas neuroreativas (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 neuroreativa 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 a MTC/Acupuntura; taxa de ações educativas relacionadas com 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 saúde afins.

Para tanto, deverá ser estabelecida integração com todas áreas do MS, visando à realização de parcerias que propiciem 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 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 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 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 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, 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 ampliar as informações sobre a MTC/Acupuntura no Sistema e promover o financiamento das intervenções realizadas; e
- à garantia de um financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/Acupuntura profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Consideração: deverá ser realizada avaliação trimestral 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 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 ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação saúde.

Para tanto, as medidas a ser adotadas buscarão:

1. garantir as condições essenciais à boa prática em Homeopatia, considerando suas peculiaridades técnicas, infraestrutura 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 corresponsabilização com as ESF;

- na unidade de Atenção Básica, prestar atendimento, acordo com a demanda espontânea ou referenciada, aos usuários todas as faixas etárias;

- no caso da unidade do Saúde da Família - SF possuir profissional homeopata como médico do Saúde da Família, a ele deve ser possibilitada 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 cuidados paliativos ou em enfermarias hospitalares, a Homeopatia pode ser incorporada de forma complementar e contribuir para 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 qualidade, avaliando as iniciativas já existentes nas unidades federadas e com a participação das sociedades científicas homeopáticas reconhecidas;

5. estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações relativas às experiências 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 ser 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 à implantação e/ou à adequação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, com possibilidade de ampliação para fitoterápicos, que atendam à demanda e à realidade locorregional, segundo critérios estabelecidos, e em conformidade com a legislação vigente;

- estímulo à implantação de projetos para produção de matrizes homeopáticas nos laboratórios oficiais visando ao 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 locorregional e pactuação nos Polos 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 cofinanciamento para a estruturação dos serviços de atenção homeopática; e

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 ser 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 às necessidades do SUS nesta área;
3. ampliar a oferta de medicamentos homeopáticos, por intermédio de farmácias públicas 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 as 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; e

5. induzir e apoiar a iniciativa local na identificação dos medicamentos - formas farmacêuticas, escalas, dinâmizações 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 ser 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 locais 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 local 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; e
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 H 5 Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS.

Para tanto, as medidas a ser 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 referentes à atividade de educação e saúde na Atenção Básica para os profissionais de saúde de nível superior; e
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 ser 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, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e aos discentes da área de saúde e à 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; e
5. prover apoio técnico 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

Homeopatia, considerando a pactuação de ações e as 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 ser 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 ser 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, valendo-se de dados epidemiológicos das doenças passíveis de ser tratadas com plantas medicinais e fitoterápicos; e
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 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 da 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; e
 - 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 da 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; e
- 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 às necessidades do SUS nesta área;
- utilização de 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 de órgãos competentes para tal;
- utilização dos derivados de matéria-prima vegetal, processados de acordo com as boas práticas 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 atendam a demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área;

- elaboração de monografias sobre produtos oficinas (fitoterápicos) que poderão ser incluídos na farmacopeia brasileira; e

- 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 a produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais;

- fornecimento de fitoterápicos que atendam à legislação vigente; e

- aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços municipais de assistência farmacêutica.

Diretriz PMF 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 a 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, ao uso e à prescrição das plantas medicinais e fitoterápicos;

1.3. Específico para profissionais da área agrônômica: 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; e

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; e

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, valendo-se 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, valendo-se da articulação entre as esferas de competência, a obtenção de matériaprima 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; e

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 e 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; e
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;e
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 desses medicamentos;
3. formação dos profissionais de Vigilância Sanitária para o monitoramento da qualidade desses medicamentos;
4. apoio aos serviços de vigilância sanitária para o desempenho nesse 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 ser 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; e
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 científicas 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 locorregional.
- 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 às Práticas Integrativas e Complementares e às 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.
- Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.
- Realizar assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos, bem como a vigilância sanitária no tocante a esta Política e suas ações decorrentes na sua jurisdição.
- Apresentar e aprovar proposta de inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no Conselho Municipal de Saúde.
- Exercer a vigilância sanitária no tocante às Práticas Integrativas e Complementares e às 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.

ANEXO XXVII

CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde na atualidade consiste no desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos de gestão que concorram para a concretização das diretrizes emanadas da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002, prevista nos arts. 4º e 5º deste Regulamento. Cabe ao Ministério da Saúde o papel fundamental de instrumentalizar Estados e Municípios para a organização dos sistemas funcionais de saúde que garantam o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis e reorganizando a assistência de modo a favorecer a mudança do perfil de saúde da população brasileira. Ao reafirmar a regionalização como base para a configuração dos sistemas hierarquizados de serviços de saúde e como estratégia para a equidade, a NOAS-SUS 01/2002 busca apoiar-se sobre dois aspectos fundamentais: o fortalecimento do comando único do gestor do SUS sobre os prestadores de serviços e o incremento das funções de gestão frente aos novos desafios. A NOAS-SUS 01/2002 dispõe, no seu Capítulo II.3, como premissa básica, que "as funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o

alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população". Ainda segundo a NOAS 01/2002, "o fortalecimento das funções de controle, regulação e avaliação dos gestores do SUS deve se dar, atuando, principalmente, na relação com os prestadores de serviços; na qualidade da assistência, na aferição do grau de satisfação dos usuários e ainda na capacidade de obter resultados que traduzam, de forma clara e precisa, o impacto sobre a saúde da população". Para garantir o alcance desses objetivos, a Secretaria de Atenção à Saúde está se empenhando na criação de instrumentos que, de um lado, lhe permitam conhecer a realidade das atuais estruturas e o funcionamento dos serviços estaduais de controle, regulação e avaliação e em sistemas piloto, a realidade de Municípios em gestão Plena do Sistema de Saúde, para efetivamente promover cooperação técnica para sua melhor organização e implementação. Por outro lado, vem fomentando a discussão, entre os gestores, das atribuições e responsabilidades que competem a cada esfera de governo no controle, na regulação e na avaliação do Sistema Único de Saúde, com vistas à definição clara e objetiva do papel que deve caber a cada uma dessas instâncias. Objetiva, portanto, evitar a superposição de atividades entre os gestores ou, em alguns casos, a inexistência delas. Ao destacar as diretrizes fundamentais para a organização das funções de controle, regulação e avaliação, o presente documento pretende também homogeneizar seu entendimento e sensibilizar os diversos atores do SUS sobre a importância dessas diretrizes para o fortalecimento da gestão, na medida em que ampliam o seu campo de domínio sobre os fatores que determinam o acesso dos cidadãos aos serviços segundo os preceitos da equidade, entendida sob critério das necessidades de saúde ou das necessidades sociais e econômicas.

1 - CONSIDERAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL

O Sistema Único de Saúde - SUS, definido na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde - nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990, e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, tem como uma das diretrizes fundamentais a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização das ações e dos serviços de saúde para os Municípios, alterando substancialmente o papel historicamente desempenhado pelos Estados e pela União. Os mecanismos para que isso ocorra, de forma satisfatória, fundamentam-se em um sistema de planejamento, controle, regulação, avaliação e auditoria integradas tanto entre os três níveis de governo quanto em cada um dos níveis. Somente essa integração pode garantir o direcionamento e a condução do SUS, nos moldes politicamente definidos na

Constituição. Contudo, a implementação dessas atividades no SUS tem suscitado questionamentos, considerando os tipos, os alcances e a divisão dessas tarefas entre as estruturas organizacionais de cada gestor e entre as três esferas governamentais e as demais instituições envolvidas. Ao longo dos últimos anos, o Ministério da Saúde transferiu às Secretarias Estaduais de Saúde - SES e às Secretarias Municipais de Saúde - SMS a quase totalidade de seus hospitais e unidades ambulatoriais. A maioria das SES transferiu às SMS grande parcela de suas unidades assistenciais, principalmente as de Atenção Básica e de média complexidade. A execução das ações e serviços de saúde, bem como a contratação, o controle, a avaliação e a auditoria dos serviços foram transferidas do MS para as SES e destas, progressivamente, para as SMS. O movimento de adesão das SES e, especialmente, das SMS às responsabilidades de gestão dos sistemas locorregionais foi fortemente impulsionado pelo advento da NOB/SUS 01/96, que propiciou um rápido avanço da descentralização, ampliando os repasses de recursos, fundo a fundo, abrangendo hoje 99% dos Municípios enquadrados em algum tipo de habilitação. Em que pesem os avanços mencionados, no exercício das funções próprias das SES e das SMS predomina, ainda, a concentração das atenções e esforços dos dirigentes e técnicos desses órgãos na gerência e manutenção de suas unidades próprias, sem que isso seja direcionado para a articulação e organização dos sistemas de saúde regionalizados e hierarquizados. As práticas, estruturas e instrumentos de controle, regulação e avaliação das ações de saúde, predominantes no País, bem como as esparsas experiências de regulação do acesso à assistência ainda refletem a forma e as ações consubstanciadas ao longo deste século passado, seja no que tange ao seu alto grau de centralização, verticalização das ações, decisões e normatização centrais, seja pela dualidade advinda de diferentes culturas institucionais e de mando que caracterizaram a fragmentação da ação do Estado no sentido de promover a saúde da população. Essa situação é, em geral, evidenciada, de um lado, pelos métodos utilizados de planejamento normativo, de administração paramétrica e de controle e avaliação contábil-financeira e, de outro, pelos métodos de organização dos serviços e de avaliação a partir de programas verticais de saúde pública. A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo pode reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. No entanto, a avaliação é uma das atividades menos praticadas. Vários fatores têm contribuído para isso, não só a falta de recursos financeiros para essas ações, mas também as dificuldades metodológicas, a insuficiência e a

capacitação de recursos humanos para as atividades e, por vezes, a ausência de vontade política dos dirigentes na abordagem deste problema.

2 - ORGANIZAÇÃO DO CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

2.1 - MODELO PROPOSTO

Pela Lei nº 8080, de 29 de setembro de 1990, o controle, a avaliação e a fiscalização das ações e serviços de saúde são de competência comum dos gestores federal, estaduais e municipais, cabendo a cada um a definição de suas instâncias e mecanismos próprios de atuação, dentro de seus limites político-administrativos. Entre as competências comuns dos três níveis de governo, a lei define a elaboração de normas para regular as atividades dos serviços privados de saúde, tendo em vista sua relevância pública; e atribui ao gestor federal do SUS a competência para normatizar a regulação das relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde. Como cada instância governamental tem papel diferenciado no SUS, a lei define ainda competências específicas de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde para cada gestor. A Lei nº 8142/90, de 28 de dezembro de 1990, atribui aos Conselhos de Saúde, em cada esfera governamental, o poder deliberativo sobre a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde em seu âmbito, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A descentralização das funções de execução e, portanto, de controle, regulação e avaliação impõe aos gestores a superação de métodos ou se referenciam principalmente ao controle de faturas (revisão) e de instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do processo (procedimentos médicos), supervalorizados em detrimento do enfoque da avaliação dos resultados e da satisfação dos usuários. Sem subestimar a importância desses instrumentos, que devem continuar a ser usados, a construção do SUS implica em mudanças estruturais e de postura gerencial, com elaboração e desenvolvimento de novos métodos e instrumentos. Segundo definição emanada da NOAS-SUS 01/2002, o Controle e a Avaliação a ser exercidos pelos gestores do SUS compreendem o "conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições". Seu fortalecimento deve se dar principalmente em quatro dimensões:

- a) avaliação da organização do sistema e modelo de gestão;
- b) relação com os prestadores de serviços;
- c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- d) resultados e impacto sobre a saúde da população."

Já o escopo da Regulação é entendido na NOAS-SUS 01/2002 como "a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada..." É importante ainda considerar as etapas que precedem as ações de controle, regulação e avaliação, pelas áreas respectivas dos gestores do SUS: o conhecimento das Agendas nacional, estadual e municipal de Saúde, bem como dos Planos de Saúde aprovados pelos Conselhos de Saúde; o Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos; a Programação Pactuada e Integrada; os Pactos da Atenção Básica; os Termos de Garantia de Acesso e de Compromisso entre os Entes Públicos existentes no território e outros. Esses são instrumentos norteadores das ações do gestor e base para o acompanhamento e a fiscalização da implementação das políticas do setor pelo Conselho de Saúde e instâncias formais de controle, regulação e avaliação.

2.2 - ATRIBUIÇÕES DO CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

As ações atribuídas ao CONTROLE ASSISTENCIAL compreendem:

- cadastramento dos serviços e dos usuários deve ser fidedigno, completo e atualizado permanentemente, de forma a constituir base segura para o processo de programação e organização da assistência;
- o processo de compra de serviços à rede privada complementar, quando a rede pública oferecer atendimento insuficiente, deverá obedecer aos preceitos da legislação e às normas que orientam a administração pública;
- a autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade: os fluxos devem facilitar o acesso dos usuários sem prejuízo do monitoramento adequado da produção e faturamento dos serviços;
- desenvolver mecanismos de controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos prestadores de serviços de saúde;

- aplicação de portarias e normas técnicas e operacionais do Sistema Único de Saúde;

- controle e acompanhamento da relação entre programação/ produção/faturamento: o gestor público deve ser dotado de instrumentos que lhe permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados; e

- controle do acesso assistencial.

A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL, como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas. Nesse sentido, o processo regulatório, ao atuar no sentido de intervir positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta destes, exercendo o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar seja para remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função. Desse modo, a regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, pressupondo:

- a realização prévia, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento / programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência;

- a definição da estratégia de regionalização que explicita a inserção das diversas Unidades na Rede Assistencial e a responsabilização dos vários Municípios, na Rede Regionalizada e Hierarquizada;

- a definição das interfaces da estratégia da regulação assistencial com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação;

- a delegação, pelo gestor competente, de autoridade sanitária ao médico regulador, quando se fizer necessário, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos clínicos.

Como objetivos específicos, destaca-se:

- organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços do Sistema Único de Saúde em tempo oportuno;
- oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento;
- otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- subsidiar o processo de controle e avaliação; e
- subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada.

A AVALIAÇÃO dos resultados das ações e serviços de saúde prestados deve ser sistematicamente realizada pelo gestor respectivo, criando mecanismos que garantam a participação da população na avaliação do sistema, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

As ações atribuídas à avaliação compreendem:

- avaliação da relação entre programação/produção/faturamento:

o gestor público deve ser dotado de instrumentos que lhe permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados;

- avaliação de qualidade e satisfação dos usuários do sistema:

deve-se buscar a implementação de indicadores objetivos, baseados em critérios técnicos, mas incluir a avaliação dos usuários quanto à acessibilidade, à resolubilidade e à qualidade dos serviços; e

- avaliação de resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população: deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em razão dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde.

2.3 - O CONTROLE, A REGULAÇÃO, A AVALIAÇÃO E AS RESPONSABILIDADES DOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO

Ao gestor federal caberá acompanhar, controlar, regular e avaliar o Sistema Nacional de Saúde, incluindo a execução das ações e serviços de saúde no território nacional, respeitadas as competências estaduais e municipais. O gestor federal do SUS tem, entre suas competências, a de prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para

o aperfeiçoamento de sua atuação institucional. Ao gestor estadual caberá acompanhar, controlar, regular e avaliar o Sistema Estadual de Saúde e a execução das ações e serviços de saúde prestados em seu território, respeitadas as competências municipais. O gestor estadual tem, entre suas competências, a de prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS. Ao gestor municipal caberá controlar, regular e avaliar a qualidade, a eficiência e a eficácia dos serviços públicos e privados existentes em seu território, na garantia do atendimento de qualidade à população. Para o controle, regulação e avaliação adequados às novas atribuições, advindas principalmente da descentralização da execução das ações e serviços de saúde para a gestão municipal, o método de trabalho dos gestores federal e estaduais, ao avaliar os Sistemas de Saúde, deve ser, primordialmente, baseado em parâmetros e indicadores, adequados às realidades locais. Ao gestor municipal, além da avaliação através desses instrumentos, caberá também efetuar o controle permanente, direto e sistemático sobre a execução das ações e serviços de saúde à população que estejam sob sua gestão.

A NOAS-SUS 01/2002, ao definir o mando único como elemento que promove a indissolubilidade das funções de gestão, traz como consequência na organização dessas funções que:

- nos Municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, as funções de Planejamento, Controle, Regulação e Avaliação sobre o sistema, como um todo, são de competência do gestor municipal;
- nos Municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ou que não tenham se habilitado pela NOAS-SUS 01/2002, as funções de planejamento, controle, regulação e avaliação sobre os níveis assistenciais acima da Atenção Básica são de competência do gestor estadual;
- (Conforme acordos nas Comissões Bipartites Estaduais, possuindo o Município estrutura para tanto, este pode assumir a responsabilidade pelos sistemas autorizativos da assistência hospitalar e ambulatorial, sendo então, responsável, solidariamente com o gestor estadual, pelo controle, avaliação e regulação dessas ações e serviços).

Portanto, em regra geral, enquanto existirem Municípios ainda não habilitados na Gestão Plena do Sistema, com comando único sobre todas as ações e serviços existentes em seu território, os gestores estaduais convivem com duas situações e sobre elas atuam:

- Controle, Regulação e Avaliação dos Sistemas Estaduais de Saúde, em que se inclui a avaliação da gestão municipal em saúde;

- Controle, Regulação e Avaliação da Execução de Ações e Serviços de Média e Alta Complexidade, em que cabe ainda ao Estado a gestão sobre esses serviços.

O quadro a seguir apresenta atribuições e responsabilidades dos gestores do SUS das três esferas de governo no tocante ao Controle, à Regulação e à Avaliação Assistencial do SUS. Tais atividades foram discutidas e pactuadas com o CONASS e o CONASEMS.

ORDEM	ATRIBUIÇÕES	GESTORES			
		FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL GESTÃO	
				PLENA	BÁSICA
001	Estruturar o Serviço de Controle e Avaliação				
	Dotando o serviço de Estrutura Administrativa, Área Física, Recursos Humanos e Equipamentos				
	Dispondo de acesso a linhas telefônicas e à INTERNET				
	Mantendo Equipe multiprofissional capacitada constantemente				
	Mantendo o funcionamento regular do componente do Sistema de Auditoria				
	Estabelecendo Normas Nacionais de Controle, Regulação e Avaliação Assistencial				
	Estabelecendo Normas Complementares de Controle, Avaliação e Regulação Assistencial				
002	Coordenar, controlar, regular e avaliar o Sistema de Saúde no seu âmbito				
	Acompanhando e avaliando o				

cumprimento do Plano de Saúde, Agenda, Quadro de Metas				
Contribuindo para a elaboração de Parâmetros Assistenciais				
Avaliando o impacto das Ações e Serviços de Saúde no perfil epidemiológico da população				
Elegendo eventos-sentinelas ou estratégicos para acompanhamento sistemático da assistência				
Controlando e avaliando a organização e o desempenho das Redes Regionalizadas e Hierarquizadas				
Controlando e avaliando os Sistemas de Alta Complexidade				
Controlando a oferta de serviços assistenciais sob sua gestão de acordo com a PPI				
Estabelecendo normas gerais de Tratamento Fora do Domicílio - TFD.				
Normatizando complementarmente as regras para o TFD em seu âmbito				
Controlando a execução dos tetos físicos e financeiros da assistência				
Participando da elaboração da PPI intermunicipal, regulando e controlando o cumprimento dos Termos de garantia de Acesso.				
Definindo fluxo de acesso e de autorização p/pacientes locais e				

	referenciados conforme a PPI.				
	Definindo fluxo de acesso e de autorização para pacientes locais				
	Instituindo rotinas de emissão de relatórios assistenciais com base nos aplicativos do DATASUS ou próprios				
	Acompanhando, avaliando e fornecendo dados para divulgação dos Indicadores de Morbimortalidade.				
	Instrumentalizando com dados e informações as decisões das Comissões Intergestores e dos Conselhos de Saúde				
	Implantando sistemas de interlocução com a sociedade para avaliar a satisfação dos usuários.				
	Acompanhando o processo de apuração das denúncias demandadas pelo Sistema de Cartas aos usuários e outros.				
	Apurando as denúncias demandadas pelo Sistema de Cartas aos usuários e outros.				
	Participando da implantação do Cartão Nacional de Saúde.				
	Coordenando a operação dos Sistemas Nacionais de Informações Assistenciais, prestando cooperação técnica aos gestores.				
	Operacionalizando os Sistemas de				

Informações Assistenciais e seus Subsistemas.					
Mantendo os Sistemas de Informações Assistenciais e suas tabelas, efetuando revisões e atualizações.					
Fornecendo subsídios para revisão e atualização das tabelas dos Sistemas de Informação em Saúde.					
Controlando as estatísticas de atendimento da Rede (CIH e outros).					
Assessorando os gestores na implantação de mecanismos de Regulação do Acesso à Assistência.					
Implantando, acompanhando e operando as Centrais de Regulação do Acesso à Assistência.					
Coordenando a elaboração de protocolos clínicos.					
Participando da elaboração de protocolos clínicos em seu âmbito.					
Avaliando o sistema de saúde com base em dados epidemiológicos, indicadores de resultados e parâmetros de					
cobertura, produtividade e qualidade.					
Controlando e avaliando ações, métodos e instrumentos implementados pelos componentes estaduais / mu-					
nicipais de controle e avaliação, apoiando					

	na capacitação técnica dessas equipes.				
	Elaborando Relatório de Gestão e avaliando in loco o desempenho da gestão do sistema e das unidades.				
	Controlando os compromissos assumidos pelos gestores estaduais / municipais no processo de habilitação.				
	Coordenando o cadastramento dos Estabelecimentos de Saúde e dos usuários do SUS, no seu âmbito.				
	Assessorando os gestores no processo de contratação dos seus prestadores de serviços (Lei nº 8.666/93).				
	Instituindo instrumentos de acompanhamento da população referenciada nacionalmente, monitorando as listas				
	de espera e a resolutividade do sistema.				
	Instituindo instrumentos de acompanhamento do atendimento à população própria e referenciada, monitorando				
	as listas de espera, analisando a resolutividade do sistema.				
	Instituindo instrumentos de acompanhamento do atendimento à população própria, monitorando as listas de				
	espera, analisando a resolutividade do				

	sistema.				
003	Controlar, regular, avaliar a prestação de serviços sob sua gestão				
	Cadastrando os estabelecimentos de acordo com as normas nacionais e locais.				
	Mantendo a atualização do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, de forma articulada com a Vigilância Sanitária.				
	Operacionalizando os Sistemas de Informações Assistenciais e seus subsistemas.				
	Alimentando o banco de dados dos Sistemas de Informações Assistenciais nas esferas superiores.				
	Controlando o cumprimento das metas físico-financeiras dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão.				
	Controlando a execução dos fluxos pactuados nos Termos de Compromisso de Garantia de Acesso.				
	Controlando o cumprimento dos Termos de Compromisso entre Entes Públicos.				
	Dispondo de médico(s) formalmente designado(s) para autorização dos procedimentos regulados.				
	Controlando a regularidade do				

	pagamento aos prestadores de serviços ao SUS.				
	Aplicando parâmetros nacionais e complementares para definir necessidades, contratações, controle				
	e avaliação das ações e serviços de saúde.				
	Realizando vistorias para habilitação dos estabelecimentos de saúde na alta complexidade.				
	Habilitando nos Sistemas estabelecimentos para realização de procedimentos de alta comple-				
	xidade.				
	Participando da elaboração de Plano Diretor Nacional de Investimentos em Alta Complexidade.				
	Implantando rotinas de avaliação dos resultados assistenciais				
	Avaliando a satisfação dos usuários com as ações e serviços do SUS.				

2.2.1 - Gestão do processo regulatório

A regulação sobre os serviços de saúde é realizada pelo responsável pela gestão desses serviços, reforçando o comando único. O Município habilitado na gestão Plena do Sistema Municipal tem sob sua responsabilidade a regulação de todos os serviços localizados em seu território. Nos demais Municípios, é de responsabilidade do gestor estadual a regulação dos serviços de média e alta complexidade, salvo pactuações diferenciadas, efetuadas na Comissão Intergestores Bipartite.

A regulação das referências intermunicipais será subsidiada pelo processo de Programação Pactuada e Integrada, sendo coordenada pelo gestor estadual, de forma a reforçar o papel do Estado no cumprimento das metas pactuadas. O Estado terá o papel de articular e integrar as centrais de regulação regionais

e/ou microrregionais, monitorando os fluxos das referências intermunicipais, garantindo o acesso do usuário à melhor assistência possível. Descrição das Atividades do Processo Regulatório O processo regulatório assistencial abrange dois aspectos:

A regulação das referências intermunicipais e a regulação sobre os prestadores de serviços de saúde.

a) Regulação das Referências Intermunicipais - Papel do Estado Criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, enquanto não estiver disponível o Cartão Nacional de Saúde, para permitir o acompanhamento da PPI e das referências intermunicipais.

Monitorar o cumprimento efetivo dos termos de compromisso para garantia de acesso, por meio de relatórios trimestrais, com informações mensais, a ser apresentados pelas SMS, acompanhando os fluxos das referências intermunicipais.

Identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos usuários, realimentando a PPI.

Intermediar o processo regulatório quando os fluxos pactuados no nível regional ou microrregional não forem suficientes para garantir o acesso do usuário aos serviços necessários, articulando com as centrais de regulação regionais ou microrregionais intervindo para que haja disponibilização de vagas para o usuário no local mais próximo de sua residência.

Intervir quando não houver pactuação prévia na PPI entre os Municípios, em demandas específicas, verificando em qual central municipal existe vaga disponível referenciando para aquela central a demanda.

Prestar apoio técnico aos Municípios na elaboração dos seus planos municipais de controle, regulação e avaliação.

Intermediar acordos entre Municípios em relação às condições estabelecidas para o referenciamento de usuários.

b) Referências Intermunicipais, Papel do Município Criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, enquanto não estiver disponível o Cartão Nacional de Saúde, para permitir o acompanhamento da PPI e das referências intermunicipais.

Identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva de usuários, realimentando a PPI.

Apresentar ao Estado e às instâncias gestoras relatórios sobre os atendimentos efetuados aos demais Municípios.

Efetuar a interlocução com o Estado quando os fluxos pactuados no nível regional ou microrregional não forem suficientes para garantir o acesso do usuário aos serviços em seu território, articulando com as centrais de regulação estaduais para que haja disponibilização de vagas para o usuário no local mais próximo de sua residência.

c) Prérrequisitos de Controle e Avaliação para a Regulação sobre os prestadores de serviços sob gestão estadual ou municipal As atualizações constantes dos Cadastros dos Estabelecimentos de Saúde da área a ser regulada (CNES) são instrumentos imprescindíveis à regulação assistencial.

A programação assistencial consubstanciada nas fichas de programação orçamentária (FPO) dos estabelecimentos de saúde é de fundamental importância para adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários.

O processo autorizativo de AIH e APAC é um requisito obrigatório de regulação do gestor.

A contratação dos prestadores de serviços privados, ao prever regras claras de obrigações e deveres entre as partes e a subordinação dos prestadores às definições emanadas do gestor para a disponibilização de leitos e agendas dos profissionais às centrais de regulação é um outro componente que contribui para o incremento da regulação do gestor.

3 - IMPLEMENTAÇÃO DO CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO:

Segundo a NOAS-SUS 01/2002, constitui pré-requisito para habilitação dos Municípios e dos Estados a elaboração de um Plano de Controle, Regulação e Avaliação.

Os Planos de Controle, Regulação e Avaliação deverão identificar a estrutura existente e necessária para o pleno desempenho de suas atividades, definindo etapas para sua implantação, de forma a ampliar progressivamente sua capacidade gestora. A estrutura necessária compreende os recursos humanos, materiais e tecnológicos.

Cabe aos gestores identificar suas necessidades prioritárias, dentro de suas especificidades locorregionais, decidindo o que, quando e como controlar, regular e avaliar.

3.1 - Planos Estaduais de Controle, Regulação e Avaliação Cada unidade federada e o Distrito Federal deverão elaborar e submeter à Comissão Intergestores Bipartite um Plano Estadual de Controle, Regulação e Avaliação. Esse plano consiste no detalhamento do conjunto de estratégias e instrumentos a ser empregados no âmbito de cada Estado para implementar as atividades que lhe são afetas. O cronograma de execução deverá prever as etapas para o pleno desenvolvimento da capacidade gestora do Estado nessa área.

O Plano Estadual de Controle, Regulação e Avaliação deverá incorporar o desenho da regionalização do Estado definido no PDR, integrando níveis crescentes de resolutividade assistencial, procurando atender às necessidades do usuário o mais próximo possível de sua residência.

3.2 - Planos Municipais de Controle, Regulação e Avaliação Em todos os Municípios, independentemente do nível de gestão em que estiverem habilitados, deverão ser desenvolvidas atividades de Controle, Regulação e Avaliação. O que varia são os instrumentos mais adequados a ser empregados e o tempo para a implementação das atividades, os quais deverão ser dimensionados a partir do papel do Município no sistema estadual e de seu grau de densidade populacional, assistencial e tecnológica.

Os mecanismos de controle, regulação e avaliação de um Município em GPSM deverão assegurar ao gestor o controle efetivo dos recursos assistenciais disponíveis ao SUS, garantindo comando único de gestão sobre todos os prestadores em seu território.

4 - INSTRUMENTOS DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

Enquanto alguns instrumentos são úteis ao desempenho de mais de uma das funções - controle, regulação ou avaliação - outros são mais específicos, cabendo ao Ministério da Saúde promover apoio e estímulos à cooperação técnica para sua implementação nos Estados e Municípios.

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES Banco Nacional de Dados, comportando informações cadastrais atualizadas dos Estabelecimentos de Saúde no País, base para a programação, a regulação, o controle e a avaliação assistencial.

Cartão Nacional de Saúde Sistema informatizado de base nacional que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ao usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade de saúde. O sistema é constituído pelo Cartão do Usuário com um número único de identificação em âmbito nacional (em implantação no País).

Centrais de Regulação As Centrais de Regulação consistem em estruturas de operacionalização da regulação do acesso assistencial, incluindo marcação de consultas, exames, internação, atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, gestante de alto risco etc.

Seu aporte físico, tecnológico, estrutural e logístico dependerá, dentre outros, de sua área de abrangência, de suas unidades de trabalho, da densidade das áreas assistenciais associadas e de sua interface com processos de gestão do SUS, em especial na área de controle e avaliação.

Para operacionalização das Centrais de Regulação poderá ser utilizado o Sistema de Informação da Regulação - SISREG ou outros instrumentos congêneres. As Centrais de Regulação poderão abarcar, portanto, um ou mais dos instrumentos abaixo descritos, dependendo de sua complexidade.

Protocolos Clínicos Visam garantir a alocação de recursos terapêuticos e propedêuticos mais adequados a cada situação clínica considerada. Deverão ser empregados para padronizar o uso de recursos terapêuticos e propedêuticos estratégicos, seja pelo alto custo, seja pela disponibilidade inferior à demanda ou pela importância para a qualidade da assistência.

Os protocolos devem ser elaborados valendo-se das colaborações da comunidade acadêmica, do corpo técnico do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais, dos conselhos profissionais, da análise de experiências de outros países, dentre outras fontes.

Protocolos Operacionais Os gestores estaduais e municipais utilizarão os protocolos como referências, basendo-se nas quais os gestores farão as adequações às situações específicas, em termos de prioridades, recursos disponíveis, quadro epidemiológico etc.

Os protocolos deverão ser pactuados entre os gestores, formalizados e implementados nas unidades de saúde e nas comissões autorizadas.

Centrais de marcação de consultas e exames Forma organizativa de encaminhamento de pacientes para consultas e exames, garantindo o atendimento, o acompanhamento da PPI e das referências.

Centrais de leitos Forma organizativa de garantir a internação do usuário e de acompanhar a PPI e as referências.

Comissões autorizadoras/médicos autorizadores Organiza os processos autorizativos dos procedimentos especializados, de alta complexidade e de internações que exigem uma análise clínica mais detalhada, subsidiada, quando necessário, por protocolos clínicos definidos.

Indicadores e Parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade Padrões e medidas norteadoras do Planejamento, Programação, Controle, Regulação e Avaliação Assistencial, adequados à realidade local e definidos pelo gestor com base em parâmetros Nacionais/ Estaduais/Municipais.

Manuais dos Sistemas de Informações Hospitalares e Informações Ambulatoriais - SIH/SUS e SIA/SUS.

Manuais de orientação disponibilizados aos gestores no site do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/mweb/homesas.htm, imprescindíveis para o conhecimento das comissões autorizativas/médicos autorizadores dos gestores.

Mecanismos de acompanhamento da PPI e da Programação dos Estabelecimentos Nos Planos de Controle, Regulação e Avaliação, deverão estar previstos mecanismos que permitam confrontar o executado com programado, por meio de análise da suficiência dos procedimentos ofertados e da alocação de recursos, realimentando o processo da programação pactuada.

Portarias Técnicas Normatizações oriundas dos Gestores do SUS versando sobre as áreas assistenciais, as quais determinam condutas, procedimentos, estruturas, processos etc. a ser seguidos no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde.

Sistemas de informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS Sistema que padroniza informações de receitas e gastos em saúde das três esferas de governo, disponível no site do Ministério da Saúde www.datasus.gov.br (produtos e serviços) e importante para conhecimento das áreas de controle e avaliação do SUS. Visa aperfeiçoar as políticas de financiamento e propiciar a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e a eficiência

dos gastos públicos em saúde. Instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários.

Instrumentos que propiciam a avaliação da qualidade da assistência e da satisfação dos usuários do SUS, os quais vêm sendo operacionalizados por Estados e Municípios, somando-se aos seus próprios instrumentos. Devem ser apropriados pelos componentes municipais/estaduais de Controle, Regulação e Avaliação.

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNASH.

Sistema de apuração de cartas aos usuários.

Disque Denúncia.

Outros.

ANEXO XXVIII

TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO

O Município de (nome do Município de referência), representado pelo Secretário Municipal de Saúde (nome do Secretário), assume a garantia de acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde procedentes dos Municípios _____,

_____, _____, _____,
conforme a Programação Pactuada e Integrada, aprovada na reunião da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, realizada em ___/___/___, (anexar relatório das referências recebidas).

_____ Local e data

(nome do gestor do Município de referência)

(assinatura)

(nome do coordenador municipal da CIB)

(assinatura)

(nome do coordenador estadual da CIB)

(assinatura)

(nome do coordenador estadual/municipal da CIB do Estado
encaminhador - no caso de PPI Interestadual)

ANEXO XXIX

QUADRO 01

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DA PPI EM TODOS OS
MUNICÍPIOS DA UF (valores anuais) UF:

Competência:

UF:

IBGE	Município	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL		ASSISTÊNCIA HOSPITALAR		Incentivos permanentes encaminhados a outras UF's de custeio *	Valores recebidos de outras UF's	Ajustes
		Pop. Própria	Pop.Referência	Pop.Própria	Pop. Referência			
Total quadro 01								

* Os incentivos desta coluna referem-se ao SAMU, ao Centro de Referência Saúde do Trabalhador, ao Integra - SUS e ao IAPI, FIDEPS e Incentivo de Adesão à Contratualização.

Os valores referentes ao custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Hospitais de Pequeno Porte estão contemplados nas colunas de população própria e referenciada, e deverão ser compatibilizados com o valor do incentivo de custeio previsto para cada estabelecimento.

QUADRO 02

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES
PROGRAMADOS NA SES (valores anuais)

Competência:

UF:

Código da UF	ESPECIFICAÇÃO	TOTAL PPI ASSISTENCIAL
	Tratamento Fora do Domicílio Estadual	
	Hemorrede	
	Valores encaminhados a outras UFs	
	Valores recebidos de outras UFs	
	Outros (especificar)	
Total quadro 02		

OBS : total quadro 1 + total quadro 2 = total da UF Os valores recebidos pelos estabelecimentos da Rede Sarah não estão contemplados nestes quadros

QUADRO 03

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES ENCAMINHADOS A MUNICÍPIOS DE OUTRAS UFs DE REGIÕES INTERESTADUAIS (valores anuais)

Competência:

UF:

IBGE do Município de origem	Município de origem	IBGE Município executor	Município executor	RECURSOS ENCAMINHADOS		TOTAL PPI ASSISTENCIAL
				Gestão Estadual	Gestão Municipal	
Subtotal Estado Y						
Subtotal Estado X						
Total quadro 03						

QUADRO 04

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SER DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS EM RAZÃO DE TCEP ENTRE OS GESTORES ESTADUAIS e MUNICIPAIS (valores anuais)

Competência:

UF:

IBGE	Município	Nome da Unidade	CódigoCNES	Número do Termo	Data de Publicação do Extrato do Termo	Fundo (FMS ou FES) para o qual serão realizadas as transferências	Valor anual a ser destinado ao Fundo de Saúde
Total quadro 04							

Os valores serão descontados da PPI dos Municípios (quadro 1), quando as transferências forem realizadas ao FES.

Quando as transferências forem realizadas ao FMS, os valores não serão descontados da PPI dos Municípios.

QUADRO 05

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SER DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS EM RAZÃO DE ESTABELECIMENTOS SOB GESTÃO ESTADUAL (valores anuais)

Competência:

UF:

IBGE	Município	Valor ANUAL a ser destinado ao Fundo de Saúde

subtotal do Município		
Total quadro 05		

QUADRO 06

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SER DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS PARA RETENÇÃO DOS RECURSOS PELO FNS E TRANSFERÊNCIA DIRETA ÀS UNIDADES PRESTADORAS UNIVERSITÁRIAS FEDERAIS (valores anuais)

Competência:

UF:

Gestão	IBGE	Municípios	Nome da Unidade	Código CNES	Nº do contrato	Data de Publicação do Extrato do Contrato	Valor anual a ser retido no FNS e transferido diretamente à Unidade Prestadora
Gestão Municipal							
						subtotal 1ª parte do quadro 06	
Gestão Estadual							
						subtotal 2ª parte do quadro 06	

QUADRO 07

(totalizador) - PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

Competência:

UF:

IBG	Município	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas ao FES (-)	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual (-)	Valores retidos no Fundo Nacional de Saúde (-)	Valores encaminhados ou recebidos de outras UFs (+ ou-)	TOTAL FUNDO MUNICIPAL
Origem do dado	QUADRO 1				QUADRO 4	QUADRO 5	QUADRO 6 1ª parte	Quadro 1	
Valores transferidos aos FMS									

QUADRO 08

(totalizador) - PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE (valores anuais)

Competência:

UF:

Código gestão estadual	ESPECIFICAÇÃO DOS RECURSOS	Origem do dado	Valor
	(+) Limites referentes aos recursos programados na SES	Quadro 2	
	(+) Valores a receber referentes a estabelecimentos sob gestão estadual	Quadro 5	
	(+) Valores a receber referentes à TCEP com transferências diretas ao FES	Quadro 4	
	(-) Valores a ser retidos pelo Fundo Nacional de Saúde e transferidos diretamente às unidades prestadoras universitárias federais	Quadro 6 - 2ª parte	
	(+ ou -) Valores encaminhados ou recebidos de outras UFs	Quadro 2	
VALORES TRANSFERIDOS AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE			

QUADRO 09

(totalizador) - PPI ASSISTENCIAL - CONSOLIDADO DA PROGRAMAÇÃO (valores anuais)

Competência:

UF:

Especificação	Origem do dado	Valor
Total dos valores transferidos aos Fundos Municipais de Saúde	Quadro 7	
Total dos valores transferidos ao Fundo Estadual de Saúde	Quadro 8	
Total dos valores retidos do Fundo Nacional de Saúde	Quadro 6	
Total Geral da UF		

ANEXO XXX

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 o 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 e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.
3. Automedicação	Uso de medicamentos sem a prescrição, a orientação e/ ou o 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 expressa-se em relação à administração intravenosa do princípio ativo (biodisponibilidade absoluta) ou à 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 a distribuição para hospitais, ambulatórios e postos de saúde.
7. Dispensação	É o ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. É o elemento importante da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o recolhimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.
8. Doenças crônico-degenerativas	Doenças que apresentam evolução de longa duração, acompanhadas 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. Equivalente in vitro	Condições em que dois ou mais medicamentos ou fármacos exercem o mesmo efeito farmacológico, quantitativamente, em cultivos de células.
12. Ensaios clínicos	Quaisquer pesquisas que, individual ou coletivamente, envolvam o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.
13. Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)	São aqueles relacionados com a comercialização, a distribuição, a prescrição e o uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes; complementamente, 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 medicamento, 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, estabelecidos por e para um país.
17. Fármacos	Substâncias químicas que são os princípios ativos do medicamento.
18. Farmacoepidemiologia	Aplicação do método e raciocínio epidemiológico no estudo dos efeitos - benéficos e adversos - e do uso de medicamentos em populações humanas.
19. Farmacoterapia	A aplicação de 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, cápsula.
23. Formulação farmacêutica	Relação quantitativa dos 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 desses produtos.
25. Guias terapêuticos padronizados	Coleções 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	Quaisquer produtos químicos ou materiais (por exemplo: embalagem) utilizados no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, seja no envase ou no 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. Medicamento de dispensação em caráter excepcional	Medicamento utilizado 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 à 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, têm magnitude, transcendência ou vulnerabilidade relevante e cuja estratégia básica de combate é o tratamento dos doentes.
36. Medicamentos para a Atenção Básica	Produtos necessários à prestação da lista de ações e procedimentos compreendidos na Atenção Básica de Saúde.
37. Medicamentos tarjados	São os medicamentos cujo uso requerem a prescrição do médico ou do dentista e que apresentam, em sua embalagem, tarja (vermelha ou preta) indicativa dessa necessidade.
38. Medicamentos de	São aqueles cuja dispensação não requer

venda livre	autorização, ou seja, receita expedida por profissional.
39. Módulo-padrão de suprimento	Relação de medicamentos repassada 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 a 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 à população leiga.
48. Protocolo de intervenção terapêutica	Roteiro de indicação e prescrição, graduado de acordo com as variações e a gravidade de cada afecção.
49. Registro de medicamentos	Ato privativo do 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 XXXI

MEDICAMENTOS INCLUÍDOS NA EXPANSÃO DO PROGRAMA

"FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL"

INDICAÇÃO: HIPERTENSÃO

Princípio Ativo e Concentração	uf	VR da uf	% do VR para o MS	Valor a débito do MS
Captopril 25mg	Comp	0,41	90%	0,37
Maleato de enalapril, 20mg	Comp	0,56	90%	0,50
Cloridrato de propranolol, 40mg	Comp	0 , 11	90%	0,10
Atenolol, 25mg	Comp	0,26	90%	0,23
Hidroclorotiazida, 25mg	Comp	0,16	90%	0,14

INDICAÇÃO: DIABETES

Princípio Ativo e Concentração	Uf	VR da uf	% do VR para o MS	Valor a débito do MS
Glibenclamida, 5mg	Comp	0,18	90%	0,16
Cloridrato de metformina, 500mg	Comp	0,17	90%	0,15
Cloridrato de metformina, 850mg	Comp	0,28	90%	0,25
Insulina Humana NPH 100UI/ml	100UI	3,43	90%	3,08

INDICAÇÃO: DIABETES

Princípio Ativo e Concentração	Uf	VR da uf	% do VR para o MS	Valor a débito do MS
Glibenclamida, 5mg	Comp	0,18	90%	0,16
Cloridrato de metformina, 500mg	Comp	0,17	90%	0,15
Cloridrato de metformina, 850mg	Comp	0,28	90%	0,25
Insulina Humana NPH 100UI/ml	100UI	3,43	90%	3,08

INDICAÇÃO ANTICONCEPCIONAL

Princípio Ativo e Concentração	Uf	VR da uf	% do VR para o MS	Valor a débito do MS
Enantato de noretisterona 50mg; valerato de estradiol 5mg	Ampola	11,31	90	10,18

Noretisterona 0,35mg	Cartela	4,96	90	4,46
Etinilestradiol 0,03mg;levonorgestrel 0,15mg	Cartela	4,19	90	3,77
Etinilestradiol 0,03mg;levonorgestrel 0,15mg	Caixa	10,68	90	9,61
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/MI	Ampola	12,36	90	11 , 1 2

Obs: A metodologia de apuração do valor referencial foi a que segue:

1º Passo: As apresentações dos medicamentos foram ordenadas, de forma crescente, pelo preço por unidade farmacotécnica, aprovados pela CMED, nos termos da Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003.

2º Passo: As apresentações dos medicamentos foram selecionadas, do menor preço unitário para o maior, até se atingir 25% do faturamento do mercado, segundo dados fornecidos pela ANVISA.

Quando o acréscimo da última apresentação ultrapassou esse patamar, considerou-se somente a parcela do faturamento dessa apresentação até alcançar o percentual.

3º Passo: Foi calculada a média ponderada pelo faturamento entre as apresentações dos medicamentos selecionados no passo anterior.

4º Passo: No caso da insulina, considerou-se, também, o desconto médio fixado no mercado varejista apurado pela ANVISA.

ANEXO XXXII

INSTRUÇÕES PARA O PROCESSAMENTO ELETRÔNICO DAS DISPENSAÇÕES

1. Para processamento da Autorização de Dispensação de Medicamento - ADM, o DATASUS verificará se correspondem às informações constantes de sua base de dados:

1.1. o número de registro do estabelecimento no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ, da SRF;

1.2. o CRM do médico;

1.3. o CPF do paciente;

1.4. a apresentação do medicamento pelo seu código de barras;

1.5. a data de emissão da receita; e

1.6. a quantidade prescrita do medicamento.

2. A inconsistência de qualquer das informações previstas no item imediatamente anterior constará de mensagem ao estabelecimento emissor como motivo determinante da rejeição da venda pretendida.

3. A compra realizada será registrada em meio eletrônico, com os dados descritos no item 1 e o número da ADM.

4. O gerenciamento eletrônico do estabelecimento dispensador deverá capturar e armazenar:

4.1. o número do cupom fiscal emitido em duas vias;

4.2. o número da ADM;

4.3. o medicamento dispensado;

4.4. a quantidade;

4.5. a discriminação do valor:

4.5.1. pago pelo paciente; e

4.5.2. debitado ao Ministério da Saúde.

5. O sistema de gerenciamento eletrônico das farmácias ou drogarias deverá ser capaz de realizar requisições eletrônicas ao DATASUS nas quais constem todas as informações capturadas nas fases de autorização e venda, por meio de interface web, utilizando como protocolo de comunicação o Hypertext Transfer Protocol Secured HTTPS (RFC2818) e como protocolo de comunicação entre as aplicações o Simple Object Access Protocol versão 1.1/1.2 - (SOAP 1.1/1.2, disponível no site - www.w3.org/TR/soap).

6. O Ministério da Saúde disponibilizará um sítio na internet, no endereço www.saude.gov.br/sctie, acessível por meio de login e senha fornecidos pelo DATASUS no qual será permitido o gerenciamento de dados da farmácia, bem como a obtenção de relatório sobre as vendas efetuadas.

7. Nesse sítio, será permitida a configuração da forma de conexão com o DATASUS, sendo facultada a escolha entre conexão direta - nos casos em que no estabelecimento da farmácia ou drogaria o login e a senha de acesso sejam os mesmos - ou conexão indireta - em que a farmácia ou drogaria utilizará algum serviço de conectividade centralizada, seja própria, seja de terceiros (concentrador).

8. As requisições que forem realizadas de forma repetida retornarão com a mesma autorização. Consideram-se requisições repetidas as que tiverem o mesmo CNPJ e o mesmo código da solicitação do estabelecimento.

9. As requisições serão feitas sob a forma de serviços web (Web Services), utilizando-se do protocolo HTTPS para transmissão dos dados e SOAP 1.2 (Simple Object Access Protocol, disponível no sítio - www.w3.org/TR/soap/) como protocolo de troca de dados entre as aplicações. Esses serviços estarão descritos sob a forma de um arquivo eletrônico no formato WSDL 1.1 (Web Service Description Language versão 1.1, disponível no sítio - <http://www.w3.org/TR/wsdl>).

O arquivo com a descrição dos serviços necessários para a obtenção da autorização (autorizador.wsdl) encontra-se no sítio <http://www.saude.gov.br/sctie>.

10. O DATASUS fará a autorização eletrônica de compra, capturando em tempo real os seguintes dados da farmácia ou drogaria:

10.1. código da solicitação do estabelecimento;

10.2. CNPJ do estabelecimento;

10.3. CPF do paciente;

10.4. CRM do médico responsável pela prescrição (número e unidade da Federação);

10.5. data de emissão da prescrição;

10.6. os seguintes dados para cada medicamento solicitado:

10.6.1. código de barras (EAN) da apresentação do medicamento a ser dispensado;

10.6.2. quantidade solicitada;

10.6.3. preço de venda da apresentação;

10.6.4. quantidade (diária) prescrita (posologia);

10.6.5. login; e

10.6.6. senha.

11. De posse das informações enviadas, o DATASUS encaminhará ao estabelecimento as seguintes informações:

11.1. código da solicitação do estabelecimento;

11.2. número da ADM;

11.3. nome do estabelecimento;

11.4. código indicador de:

00 - solicitação autorizada;

01 - solicitação parcialmente autorizada;

10 - solicitação negada, em virtude de o estabelecimento não estar credenciado;

11 - solicitação negada, em virtude da data de validade da receita ter expirado; e

12 - solicitação negada, em virtude do CPF da pessoa ser inválido ou inexistente.

11.5. Os seguintes dados para cada medicamento:

11.5.1. código de barras (EAN) da apresentação do medicamento a ser dispensado;

11.5.2. quantidade autorizada, em unidades de apresentação;

11.5.3. descrição da unidade de apresentação;

11.5.4. valor total da parcela do Ministério da Saúde para o medicamento;

11.5.5. valor total do preço de venda;

11.5.6. valor da parcela do paciente;

11.5.7. código indicador para identificar se a compra do medicamento foi autorizada ou negada, conforme o discriminado:

00 - autorizado;

10 - o medicamento não faz parte do programa;

11 - registro do medicamento expirado;

12 - quantidade do medicamento superior à permitida; e

13 - combinação restritiva.

12. O sistema de gerenciamento eletrônico da farmácia ou drogaria deverá enviar ao DATASUS uma segunda requisição eletrônica, para confirmação da efetivação da venda, informando os seguintes dados:

12.1. número da requisição original do estabelecimento;

12.2. identificador de acesso ao serviço;

12.3. número da autorização dada pelo módulo autorizador do DATASUS;

12.4. número do cupom fiscal emitido pelo sistema de gerenciamento eletrônico de venda da farmácia ou drogaria;

12.5. login; e

12.6. senha.

13. O sistema de gerenciamento eletrônico da farmácia ou drogaria deverá emitir um cupom vinculado, na impressora de cupom fiscal, de que conste:

13.1. nome do beneficiário;

13.2. CPF do beneficiário;

13.3. número do cupom fiscal emitido;

13.4. número da autorização do DATASUS;

13.5. valor da participação do Ministério da Saúde e do paciente e preço total de venda;

13.6. CNPJ do estabelecimento; e

13.7. espaço para assinatura do beneficiário.

14. Para fins de verificação, estará disponível no sítio www.saude.gov.br/sctie relatório em que serão informadas as vendas autorizadas, bem como as que foram rejeitadas no processamento. Essas informações podem ser enviadas para e-mail previamente configurado, por arquivo compactado, com as autorizações e as rejeições das requisições realizadas. Tal arquivo será no formato XML e a estrutura do XML será definida no Xml Schema Definition - XSD que estará disponível no sítio <http://www.saude.gov.br/sctie/autorizacoes.xsd>, compactado no formato Zip, com as informações da solicitação, bem como da respectiva autorização.

15. O sistema de gerenciamento eletrônico da farmácia ou drogaria, para cancelamento ou estorno da venda de medicamentos do programa, deverá enviar ao DATASUS uma requisição eletrônica informando os seguintes dados:

15.1. CNPJ do estabelecimento que está solicitando o estorno;

15.2. código da ADM;

15.3. Identificador de acesso ao serviço;

15.4. os seguintes dados para cada medicamento solicitado:

15.4.1. código de barras (EAN) da apresentação do medicamento a ser dispensado;

15.4.2. quantidade devolvida;

15.5. login; e

15.6. senha.

16. De posse das informações enviadas na forma prevista acima, o DATASUS retornará as seguintes informações:

16.1. CNPJ do estabelecimento que está solicitando o(s) estorno(s);

16.2. código da ADM gerada pelo DATASUS;

16.3. código de estorno gerado pelo DATASUS; e

16.4. código indicador da situação do estorno:

00 - estorno autorizado;

01 - estorno parcialmente autorizado;

11 - estorno negado por código de autorização inválido;

16.5. os seguintes dados para cada medicamento a ser estornado:

16.5.1. código de barras (EAN) da apresentação do medicamento;

16.5.2. quantidade estornada;

16.5.3. código do estorno do item:

00 - estorno autorizado;

01 - estorno parcialmente autorizado;

10 - estorno negado por não ter quantidade autorizada para tal;
e

11 - estorno negado por medicamento não autorizado.

ANEXO XXXIII

REQUERIMENTO E TERMO DE ADESÃO (RTA)

Ao Senhor Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 8º andar. 70058-900 Brasília-DF (.....denominação do estabelecimento.....), qualificado segundo os dados constantes da ficha de cadastro anexa, representado, neste ato, (a) por seu proprietário, (nome) (ou pormembro da diretoria ou gerente, com poderes para tanto, conforme documento junto ou, ainda, por seu procurador....., conforme instrumento de mandato junto) abaixo assinado, vem requerer sua habilitação no Programa "Farmácia Popular do Brasil", nas condições dos artigos 243 a 259 do Regulamento do SUS, ciente de todo o seu conteúdo e de suas exigências, que satisfazem, aceita e se compromete a cumprir, em face da relação contratual constituída, para todos os efeitos, com o deferimento e por força deste pedido, na forma do artigo 62, e o respectivo § 4º da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

Termos em que pede deferimento.
(local e data)

(assinatura)
(nome)
(firma reconhecida)
Obs: O RTA deverá ser remetido com ficha de cadastro, preenchida com os dados:
RAZÃO SOCIAL:
TIPO DE SOCIEDADE:
NOME COMERCIAL:
CNPJ:
AUTORIZAÇÃO OU LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DA ANVISA, DA SES/UF OU DA SMS/UF
INSCRIÇÃO NO INSS Nº
REGISTRO NA JUNTA COMERCIAL Nº
REPRESENTANTE LEGAL:
NOME:
CPF:
ENDEREÇO: LOGRADOURO:
IMÓVEL Nº
COMPLEMENTO:
BAIRRO:
MUNICÍPIO: /UF
CEP:
DDD TELEFONE DDD FAX
ENDEREÇO ELETRÔNICO:
ESPÉCIE DO ESTABELECIMENTO: FARMÁCIA OU DROGARIA
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:
RESPONSÁVEL TÉCNICO:
NOME:
INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA: Nº /UF
FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL PELA OPERAÇÃO DO PROGRAMA:
NOME:
INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA: Nº /UF
ESTABELECIMENTO BANCÁRIO: INDICAR SE BANCO DO BRASIL OU CAIXA ECONÔMICA FEDERAL OU CONVENIADO
AGÊNCIA INDICADA PARA RECEBIMENTO DE DEPÓSITOS:
DENOMINAÇÃO (SE HOVER):
CÓDIGO DO BANCO:
ENDEREÇO COMPLETO:
FORMA DE CONEXÃO COM O DATASUS:
DIRETA PELO ESTABELECIMENTO [].
INDIRETA [], COM UTILIZAÇÃO DE CONCENTRADOR PRÓPRIO OU TERCEIRIZADO:
RAZÃO SOCIAL DO CONCENTRADOR:
CNPJ:
ENDEREÇO ELETRÔNICO DO RESPONSÁVEL:
Obs.: No caso de redes, o RTA poderá ser firmado apenas pela matriz, mas deverá encaminhar junto a ficha de cadastro das filiais que pretender incluir no Programa, identificada a sua condição e delas no alto do documento.

ANEXO XXXIV

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o Município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e as condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades e dispondo dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos abaixo enunciados:

I - Atividades

1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação.

2. Garantir os seguintes procedimentos:

a) realização de, no mínimo, 6 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;

b) realização de 1 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;

c) realização dos seguintes exames laboratoriais:

- ABO-Rh, na primeira consulta;

- VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

- Urina - rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

- Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

- HB/Ht, na primeira consulta.

1. Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles Municípios com população acima de 50 mil habitantes.

2. Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

3. Realização de atividades educativas.
4. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes.
5. Garantir às gestantes classificadas como de risco atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

II - Área Física, Materiais e Equipamentos A unidade de saúde que realizará o acompanhamento pré-natal deverá dispor do seguinte:

1. ambulatório - com sala de espera, local para armazenamento de materiais e medicamentos, banheiro(s) e consultório(s), todos com adequadas condições de higiene, conservação e ventilação. As instalações físicas dos consultório(s) devem garantir a privacidade da paciente durante a realização das consultas, exames clínicos e/ou ginecológicos;

2. materiais e equipamentos (mínimos):

- a) mesa e cadeiras para a realização das entrevistas;
- b) mesa ginecológica;
- c) escada de dois degraus;
- d) foco de luz;
- e) balança antropométrica para adultos (peso/altura);
- f) esfigmomanômetro (aparelho de pressão arterial);
- g) estetoscópio clínico;
- h) estetoscópio de Pinard;
- i) fita métrica flexível e inelástica;
- j) espéculos;
- k) pinças de Cheron;
- l) material para coleta de material para exame colpocitológico;
- m) gestograma ou disco obstétrico; e

n) sonar Doppler (se possível).

III- Recursos Humanos A unidade deverá contar com:

1. médico ou enfermeiro; e
2. pessoal de apoio suficiente para o atendimento da demanda.

IV - Registros Toda unidade básica deverá utilizar instrumentos para o registro de dados que possibilitem o adequado acompanhamento da evolução da gestação e que garantam o monitoramento do desempenho da atenção pré-natal no serviço de saúde e no Município. Para alcançar esses objetivos é necessário, também, que se estabeleça um fluxo de informações entre os serviços de saúde que integram o sistema de referência e contrarreferência. Os instrumentos de registro a ser utilizados são os seguintes:

1. Cartão da Gestante - deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, informações importantes para a realização da referência e contrarreferência. O Cartão deverá estar sempre de posse da gestante;
2. Ficha Perinatal - instrumento para o registro dos dados obtidos em cada consulta, para uso dos profissionais de saúde da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério; e
3. ficha de registro de procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal.

V- Medicamentos Essenciais 1. analgésicos;

2. antiácidos;

3. Antibióticos;

4. Sulfato ferroso com ácido fólico;

5. Supositórios de glicerina; e

6. Cremes para tratamento de infecções vaginais.

VI - Avaliação da Assistência Pré-Natal A avaliação sistemática da assistência pré-natal permite a identificação dos problemas de saúde da população alvo, bem como a verificação da efetividade das ações desenvolvidas. Essa avaliação subsidia, também, quando pertinente, mudança das táticas/estratégias adotadas,

possibilitando a melhoria dos indicadores estabelecidos considerando os dados registrados na Ficha Perinatal, no Cartão da Gestante, nos mapas de registro diário da unidade de saúde, nas informações obtidas no processo de referência e contrarreferência e no sistema de estatística de saúde do Município e do estado.

Para a avaliação da assistência pré-natal, deve-se utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

1. Indicadores de Processo 2. Distribuição das gestantes por trimestre gestacional em que foi realizada a 1ª consulta pré-natal (1º, 2º e 3º).
3. Porcentual de mulheres que se inscreveram no pré-natal (realizaram a 1ª consulta) em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos no Município).
4. Porcentual de mulheres inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal.
5. Porcentual de mulheres inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.
6. Porcentual de mulheres inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos.
7. Porcentual de mulheres inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.
8. Porcentual de mulheres inscritas que realizaram o teste anti-HIV 9. Porcentual de mulheres inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.
10. Porcentual de mulheres inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.
11. Indicadores de Resultados 12. Porcentual de gestantes com VDRL positivo dentre aquelas que realizaram o exame.
13. Porcentual de gestantes com Anti-HIV positivo dentre aquelas que realizaram o exame.

14. Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita.
15. Percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos.
16. Taxa de letalidade materna no parto entre as mulheres inscritas no programa.
17. Indicadores de Impacto 18. Coeficiente de incidência de sífilis congênita.
19. Coeficiente de incidência de tétano neonatal.
20. Razão de mortalidade materna no Município.
21. Coeficiente de mortalidade neonatal total, precoce e tardia no Município.

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas. Para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as unidades integrantes do SUS têm como responsabilidades:

1. atender a todas as gestantes que as procurem;
2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
4. transferir a gestante e/ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;

6. garantir a presença de pediatra na sala de parto;

7. realizar o exame de VDRL na mãe;

8. admitir a visita do pai sem restrição de horário;

9. garantir a realização das atividades e dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos abaixo enunciados.

A. Atividades Realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas:

- recepcionar e examinar as parturientes;

- assistir as parturientes em trabalho de parto;

- assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;

- proceder à lavagem e à antissepsia cirúrgica das mãos;

- assistir a partos normais;

- realizar partos cirúrgicos;

- assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita;

- assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intrauterina (AMIU);

- prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido;

- elaborar relatórios médico e de enfermagem e fazer registro de parto;

- registrar a evolução do trabalho de parto em partograma;

- proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto;

e - garantir o apoio diagnóstico necessário.

B. Recursos humanos Equipe profissional mínima para Unidades Mistas, Hospitais Gerais e Maternidade para a realização de parto:

- obstetra;

- pediatra/neonatologista;
- clínico geral;
- enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia);
- auxiliar de enfermagem;
- auxiliar de serviços gerais.

C. Estrutura física Características físicas mínimas das unidades para a realização de parto:

- sala de exame e admissão da parturiente;
- sala de pré-parto, parto e pós-parto;
- alojamento conjunto, conforme o estabelecido no art. 296 deste Regulamento;
- área de lavagem das mãos;
- área de prescrição;
- área de assistência ao recém-nascido;
- banheiro para parturiente, com lavatório, bacia sanitária e chuveiro;
- sanitário para funcionários e acompanhantes;
- armário/rouparia;
- copa/cozinha;
- depósito para material de limpeza;
- depósito para equipamento e material de consumo;
- sala de administração;
- central de esterilização; e
- expurgo.

Notas:

(1) Além dos requisitos especificados acima, as unidades deverão atender àqueles estabelecidos pela Portaria GM/SAS nº 1884, de 11 de novembro de 1994, quanto a Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde.

(2) Em unidades que realizam parto cesariana, além dos itens precedentes, é necessária a disponibilidade de:

- centro obstétrico; e
- sala de recuperação anestésica.

D. Equipamentos Equipamentos mínimos de que as unidades devem dispor para a realização de parto:

- mesa para exame ginecológico;
- mesa auxiliar;
- Berço;
- berço aquecido;
- balança;
- relógio de parede;
- camas hospitalares reguláveis ou cama para pré parto, parto e pós-parto;
- cadeira para acompanhante;
- mesa de reanimação e fonte de calor radiante;
- fita métrica;
- escada com dois lances;
- estetoscópio de Pinard;
- estetoscópio clínico;
- esfigmomanômetro;
- materiais para exames;
- amnioscópico;

- sonar doppler;
- aspirador de secreções;
- fonte de oxigênio;
- balão auto-inflável com reservatório de oxigênio e válvula de segurança para o recém-nascido e para adultos;
- máscara para neonato (números 0 e 1) e para adultos;
- laringoscópio;
- lâminas de laringoscópio retas para neonato (0 e 1) e adulto;
- cânulas orotraqueais para neonato (2, 2.5, 3.5) e adulto;
- extensões de silicone;
- sonda de aspiração traqueal para neonato (6,8 e 10) e adulto;
- fonte de oxigênio em viatura;
- incubadora de transporte;
- gerador (para unidades que realizam parto cesariana);
- ambulância (ou acesso);
- hamper;
- foco de luz pescoço de ganso;
- instrumental para parto e cesariana; e
- espéculos.

Nota: Nos centros e Casas de Parto Normal, a equipe deverá ser composta na conformidade dos arts. 273 a 294 deste Regulamento.

ANEXO XXXV

INDICAÇÕES PARA O USO DE TESTE RÁPIDO ANTIHIV EM PARTURIENTES E PROCEDIMENTOS PARA PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV.

Indicação: Parturiente sem Sorologia Anti-HIV no Pré-Natal
Conduta: Realização de teste rápido mediante consentimento verbal da parturiente
Hipótese 1: Teste não-Reagente
Conduta: Não medicar (A);

Hipótese 2: Teste reagente
Conduta:

1. Iniciar quimioprofilaxia conforme esquema para redução da transmissão vertical do HIV;
2. Coletar e encaminhar a amostra de sangue para esclarecimento do diagnóstico, garantindo a confirmação do resultado do teste o mais rápido possível;
3. Proceder à inibição mecânica da lactação logo após o parto (enfaixamento das mamas) e considerar a utilização do inibidor de lactação (b); e
4. Orientar a mulher quanto ao preparo da fórmula infantil.

Após confirmação do diagnóstico (c):

1. Inibir em definitivo a lactação. Isso pode ser conseguido mantendo o enfaixamento e/ou administrando-se medicamento específico (inibidor da lactação), segundo critério médico;
2. Encaminhar a mulher para avaliação e acompanhamento clínico/ laboratorial e terapêutico, em um serviço especializado para portadoras do HIV;
3. Encaminhar o recém-nascido para acompanhamento clínico e laboratorial em serviço especializado de pediatria para acompanhamento de crianças expostas ao HIV.

Notas:

(A) Investigar a Condição Clínico-Epidemiológica e, se necessário, encaminhar a mulher para esclarecimento diagnóstico. Tentar a realização do teste rápido imediatamente após o parto com vistas iniciar o AZT para o recém-nato e suspender a amamentação.

(B) mediante o consentimento livre e esclarecido da mulher quando as evidências epidemiológicas apontam para a chance remota de vir a ser esse um resultado falso positivo.

(C) Após confirmação do diagnóstico de HIV, registrar a mulher e a criança na ficha de Investigação de Gestantes / Parturientes HIV Positivas e Crianças Expostas.

ANEXO XXXVI

NORMAS BÁSICAS DE ALOJAMENTO CONJUNTO

I - INTRODUÇÃO

1 - Estas normas deverão ser observadas nas Unidades Médico

Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS. As Unidades que já possuem o "Alojamento Conjunto" deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas novas adaptações no sentido de melhorar eficiência e a eficácia do Sistema.

2 - As recomendações que se seguem devem ser compreendidas como um mínimo ideal para que o binômio mãe-filho tenha condições adequadas de atendimento. Entretanto, reconhecemos que na maior parte do território brasileiro, mesmo que tais condições não sejam atingidas, o mais importante é manter o recém-nascido junto à mãe, logo após o nascimento.

II - Definição

1 - alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe-filho.

2 - A colocação do recém-nascido junto à mãe de forma descontínua não oferece as vantagens citadas e não é, por definição, considerada como "Alojamento Conjunto".

III - Vantagens A permanência do recém-nascido sadio com sua mãe, com a prática de ações que configuram o sistema conhecido como "Alojamento Conjunto", tem por vantagens:

a) estimular e motivar o aleitamento materno, de acordo com as necessidades da criança, tornando a amamentação mais fisiológica natural. A amamentação precoce provoca a contração do útero e de seus vasos, atuando como profilaxia das hemorragias pós-parto;

b) favorecer a precocidade, a intensidade, a assiduidade do aleitamento materno e sua manutenção por tempo mais prolongado;

- c) fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho, por meio do relacionamento precoce;
- d) permitir a observação constante do recém-nascido pela mãe, o que a faz conhecer melhor seu filho e possibilita a comunicação imediata de qualquer anormalidade;
- e) oferecer condições à enfermagem de promover o treinamento materno, por meio de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido e à puérpera;
- f) manter intercâmbio biopsicossocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família;
- g) diminuir o risco de infecção hospitalar;
- h) facilitar o encontro da mãe com o pediatra por ocasião das visitas médicas para o exame do recém-nascido, possibilitando troca de informações entre ambos;
- i) desativar o berçário para recém-nascidos normais, cuja área poderá ser utilizada de acordo com outras necessidades do hospital.

IV - População a ser Atendida

1 - Mães - na ausência de patologia que impossibilite ou contraindique o contato com o recém-nascido.

2 - Recém-Nascidos - com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico, a critério de elemento da equipe de saúde.

2.1 - Considera-se com boa vitalidade os recém-nascidos com mais de 2 quilos, mais de 35 semanas de gestação e índice de APGAR maior que 6 no 5º minuto.

Em caso de cesariana, o filho será levado para perto da puérpera entre 2 a 6 horas após o parto, respeitando as condições maternas. ' V - Recursos para Implantação 1 - Recursos Humanos 1.1- A dotação de recursos humanos dependerá da disponibilidade de cada serviço.

1.2- As unidades hospitalares com sistema de "Alojamento Conjunto" devem manter uma equipe mínima de recursos humanos, de rotina e de plantão, respeitando seu grau de complexidade.

1.3- Recomenda-se uma equipe multiprofissional treinada, com ;

a) Enfermagem:

- 1 enfermeiro para 30 binômios; e

- 1 auxiliar para 8 binômios;

b) Médicos:

- 1 obstetra para 20 mães; e

- 1 pediatra para 20 crianças;

c) Outros profissionais:

- assistente social;

- psicólogo; e

- nutricionista.

2. Recursos Físicos

2.1. Os quartos e/ou enfermarias devem obedecer a certo padrão, com dimensões adequadas para acomodar a dupla mãe-filho, sendo a uma, convencionalmente estabelecida, de 3 m² para cada conjunto leito materno/berço,

2.2. De acordo com as disponibilidades locais, poderá haver modificação dessa metragem no sentido de dar prioridade ao "Alojamento Conjunto".

2.3 O berço deve ficar com separação mínima de 2 m do outro berço.

2.4. Objetivando melhor funcionamento, o número de duplas mãe-filho por enfermaria deverá ser de no máximo 6.

2.5. As acomodações sanitárias serão estabelecidas de acordo com as normas de construção hospitalar do Ministério da Saúde.

3 - Recursos Materiais.

3.1. Na área destinada a cada binômio mãe-filho, serão localizados:

cama, mesa de cabeceira, berço, cadeira e material de asseio.

3.2. Para cada enfermaria é necessário 1 (um) lavatório com recipiente com tampa para recolhimento da roupa usada.

VI - Avaliação do Sistema:

1 - Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- a) dos resultados quanto ao incentivo ao aleitamento materno;
- b) do desempenho da equipe;
- c) da aceitação do sistema pela mãe e familiares;
- d) dos resultados quanto à morbimortalidade neonatal dentro do serviço;
- e) dos conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança.

2 - A equipe técnica do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

VII - Normas Gerais

1. A adoção do "Alojamento Conjunto" não representa a extinção do berçário, pois este será necessário para prestar assistência aos recém-nascidos que apresentem riscos na sua adaptação à vida extra-uterina, aos que tenham condições patológicas e àqueles cujas mães não lhes possam prestar cuidados.

2. O "Alojamento Conjunto" não é um método de assistência utilizado para economia (pessoal) de enfermagem, pois tem um alto conteúdo educativo que deve ser considerado prioritário.

3. Exame clínico do recém-nascido deve ser feito em seu próprio berço ou no leito materno. Procedimentos mais complexos, como por exemplo colheita de sangue, deverão ser realizados fora do "Alojamento Conjunto".

4. Os cuidados higiênicos do recém-nascido devem ser feitos no "Alojamento Conjunto", 5. A pesagem do recém-nascido deve ser diária.

6. As visitas serão diárias e a presença do pai deve ser estimulada e facilitada, inclusive com alargamento de horário.

VIII. Atribuições da equipe de saúde:

- a) preparar a gestante no pré-natal para o sistema de "Alojamento Conjunto";
- b) estimular o contato precoce mãe/filho na sala de parto, ajudando as mães a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento;
- c) encorajar o aleitamento sob livre demanda;
- d) não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
- e) não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seios;
- f) proibir que as mães amamentem outros recém-nascidos que não os seus (amamentação cruzada);
- g) orientar a participação gradual da mãe no atendimento ao recém-nascido;
- h) realizar visita diária às puérperas, esclarecendo, orientando e dando segurança à mãe quanto ao seu estado e ao de seu filho;
- i) ministrar às mães palestras e aulas, transmitindo conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição;
- j) participar do treinamento em serviço, como condição básica para garantir a qualidade da assistência; e
- l) identificar e enfatizar os recursos disponíveis na comunidade para atendimento continuado das mães e da criança, referindo-as ou agendando-as para acompanhamento no serviço de saúde nos primeiros 15 dias.

IX - As altas não deverão ser dadas antes de 48 horas, considerando o alto teor educativo inerente ao sistema de "Alojamento Conjunto" e por ser este período importante na detecção de patologias neonatais.

ANEXO XXXVII

NORMAS E CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL NO SUS Para fins de inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS, deverão ser atendidas as seguintes normas e critérios:

1. Características Gerais

1.1 - Funcionar em serviços de maternidade do nível III ou do nível II, para o atendimento à gestação de alto risco, de acordo com a Portaria nº 3.477/GM, de 20 de agosto de 1998, ou

1.2 - Estar vinculada a serviços de maternidade cadastrados no SIH/SUS, que disponham nas 24 horas do dia de:

- a) Laboratório de Análises Clínicas;
- b) Laboratório de Microbiologia;
- c) Hemogasômetro;
- d) Agência Transfusional;
- e) Ultrassonografia;
- f) Aparelho de Raios X Móvel;
- g) Serviço de Radiologia;
- h) Serviço de Nutrição Enteral ou Parenteral;
- i) Serviço de Psicologia e de Assistência Social; e
- j) Banco de Leite Humano.

1.3 - Garantir a referência para serviços de maternidade de maior complexidade, para atendimento de recém-nascido que necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica.

2 - Recursos Físicos As instalações físicas deverão estar de acordo com o estabelecido na Portaria nº 1.884/GM, de 11 de novembro de 1994

Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, além de apresentar:

- a) área física adequada, com espaçamento de no mínimo 1 (um) metro entre os berços e as paredes, exceto a cabeceira, com circulação mínima de 2 (dois) metros;
- b) rede elétrica que atenda à norma NBR 13534;
- c) área de prescrição médica;

d) área de cuidados e higienização, 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

e) posto de enfermagem, 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

f) sala de serviço, 1 (um) para cada posto;

g) área de internação;

h) sala de acolhimento para amamentação ou extração de leite;

i) ambientes de apoio; e

j) pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito.

3- Recursos Materiais e Equipamentos:

a) berço de calor radiante (10% dos leitos);

b) incubadoras de parede dupla (20% dos leitos);

c) incubadoras simples (20% dos leitos);

d) berços simples ou aquecidos (50% dos leitos);

e) material para reanimação neonatal, 1 (um)ambu, com reservatório e válvula, para cada 3 (três) recém-nascidos;

f) máscaras para prematuros e RN a termo;

g) capacetes para oxigênio, 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos;

h) oxímetro de pulso, 1 (um) para cada 3 (três) leitos;

i) termômetro eletrônico portátil, esfignomanômetro, estetoscópio, ressuscitador manual, 1 (um) para cada, 4 (quatro) leitos;

j) otoscópio e oftalmoscópio;

k) monitor de pressão não-invasiva;

l) monitor de beira de leito com visoscópio, 1 (um) para cada leito;

- m) carro ressuscitador com monitor, material de entubação endotraqueal, 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
- n) ventilador ciclado a tempo, com limite de pressão, 1 (um) para 15 (quinze) leitos;
- o) conjunto de nebulizador em máscara, 1 (um) para cada leito;
- p) aspirador portátil;
- q) conjunto de CPAP nasal mais umidificador aquecido, 1(um) para cada 4 (quatro) leitos;
- r) bomba de infusão, 1 (uma) para cada 2 (dois) leitos;
- s) aparelhos de fototerapia, 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos;
- t) bandejas para procedimentos - punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso, sondagem vesical e traqueostomia;
- u) balança eletrônica;
- v) incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido; e
- w) negatoscópio.

4 - Recursos Humanos:

- a) 1 (um) responsável técnico com título de especialista em neonatologia (TEN) ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria reconhecida pelo MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, com experiência de 2 (dois) anos em neonatologia, comprovada por meio de declaração de serviço;
- b) 1 (um) médico diarista com título de especialista em neonatologia (TEN) ou residência médica em pediatria reconhecida pelo MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com experiência de 2 (dois) anos em neonatologia, comprovada por meio de declaração de serviço, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
- c) 1 (um) médico plantonista com especialidade em pediatria, exclusivo para cada 15 (quinze) leitos ou fração, por turno de trabalho;

- d) 1 (um) enfermeiro coordenador;
- e) 1 (um) enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
- f) 1 (um) técnico/auxiliar de enfermagem para cada 5 (cinco) leitos, por turno de trabalho; e
- g) 1 (um) funcionário exclusivo responsável pela limpeza do serviço.

ANEXO XXXVIII

UNIDADE FEDERADA	VALOR EM ANO (R\$)
Acre	12.075,00
Alagoas	80.535,00
Amazonas	945,00
Bahia	29.925,00
Ceará	633.570,00
Distrito Federal	104.475,00
Espírito Santo	540.225,00
Goiás	690.795,00
Maranhão	306.600,00
Mato Grosso	331.275,00
Mato Grosso do Sul	157.500,00
Minas Gerais	530.460,00
Pará	11.760,00
Paraíba	297.780,00
Paraná -	1.090.425,00
Pernambuco	299.250,00
Piauí -	25.830,00
Rio de Janeiro	1.019.865,00
Rio Grande do Norte -	46.935,00
Rio Grande do Sul -	2.735.565,00
Rondônia -	315,00
Santa Catarina -	501.795,00
São Paulo	3.495.975,00
Sergipe	48.615,00
Tocantins -	81.480,00
	Total 13.073.970

ANEXO XXXIX

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

1 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

a - Instituir o Programa Nacional de Triagem Neonatal, o rol das doenças a ser triadas, os princípios e diretrizes da implantação do Programa, o estabelecimento de critérios/exigências de habilitação nas fases de implantação, critérios de implantação das redes de triagem neonatal e os critérios técnicos de desenvolvimento do trabalho.

b - Elaborar e publicar Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas a ser adotados pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal.

c - Estabelecer as normas de funcionamento e cadastramento de Postos de Coleta e de Serviços de Referência em Triagem Neonatal/ Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas.

d - Articular com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal a implantação do Programa e o estabelecimento de mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo.

e - Assessorar os Estados e o Distrito Federal na implantação, nos respectivos âmbitos de atuação, do Programa Nacional de Triagem Neonatal e na organização das respectivas Redes Estaduais de Triagem Neonatal.

f - Avaliar as condições de habilitação dos Estados e do Distrito Federal nas Fases de Implantação do Programa.

g - Criar um banco de dados que permita acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa, definindo seus indicadores.

h - Alocar recursos financeiros destinados ao cofinanciamento das atividades do Programa.

i - Divulgar o Programa de maneira a conscientizar e informar a população e os profissionais de saúde sobre a importância da realização da Triagem Neonatal.

2 - SECRETARIAS DE SAÚDE DOS ESTADOS E DO DISTRITO FEDERAL

a - Elaborar, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

b - Designar um Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

c - Organizar a Rede Estadual de Triagem Neonatal, identificando os Postos de Coleta, estabelecendo os fluxos de referência e contrarreferência entre os Postos e os Serviços de Referência e garantindo a execução de todas as fases do processo da respectiva fase de implantação do Programa - triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos pacientes identificados como portadores das patologias triadas.

d - Criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de Tipo I, II ou III, conforme a respectiva fase de implantação do Programa.

e - Articular com os demais gestores estaduais as eventuais referências laboratoriais dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/ Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas, conforme previsto no Anexo XLI a este Regulamento.

f - Organizar a rede assistencial complementar - ambulatorial e hospitalar -, destinada a garantir a retaguarda dos Serviços de Referência de Triagem Neonatal no atendimento dos pacientes triados, em conformidade com o estabelecido no Anexo XLI a este Regulamento.

g - Assessorar os Municípios no processo de implementação do Programa, na estruturação/criação/implantação/cadastramento dos Postos de Coleta, no desenvolvimento das atividades e na adoção de mecanismos destinados ao controle, à avaliação e ao acompanhamento do processo.

h - Avaliar as condições epidemiológicas de seu Estado para eventual implantação da Fase III do Programa.

i - Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa.

j - Monitorar o desempenho do Programa em seu Estado e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de cobertura da triagem em termos de porcentual de cobertura dos recém nascidos no Estado;

k - Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, integrando, inclusive, os dados de Triagem Neonatal provenientes da rede privada de laboratórios, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS.

3 - SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

a - Elaborar, em parceria com a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

B - Criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento do(s) Posto(s) de Coleta e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) na Rede Estadual de Triagem Neonatal.

c - Apoiar a estruturação/manutenção/funcionamento dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal que estejam instalados em seu Município.

d - Organizar a rede assistencial complementar - ambulatorial e hospitalar -, destinada a garantir a retaguarda dos Serviços de Referência de Triagem Neonatal no atendimento dos pacientes triados, em conformidade com o estabelecido no Anexo Anexo III a este Regulamento.;

e - Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;

f - Monitorar o desempenho do Programa em seu Município e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de cobertura da triagem em termos de porcentual de cobertura dos recém nascidos no Município.

g - Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, integrando, inclusive, os dados de Triagem Neonatal provenientes da rede privada de laboratórios, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS.

ANEXO XL

PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, CRITÉRIOS/EXIGÊNCIAS PARA HABILITAÇÃO NAS FASES DE IMPLANTAÇÃO

O Programa Nacional de Triagem Neonatal tem por objetivo o desenvolvimento de ações de triagem neonatal, diagnóstico, acompanhamento e tratamento das seguintes doenças congênitas:

- fenilcetonúria;
- hipotireodismo congênito;
- doenças falciformes e outras hemoglobinopatias; e

- fibrose cística.

A - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A implantação do Programa deverá seguir os seguintes princípios e diretrizes:

1 - todo recém-nascido tem direito ao acesso à realização de testes de Triagem Neonatal, em conformidade com o disposto neste Regulamento. Os testes deverão ser realizados até o 30º dia de vida (preferencialmente entre o 2º e o 7º dia de vida), com coleta do material efetuada de acordo com os critérios técnicos estabelecidos no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal a ser elaborado e publicado pela Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS;

2 - o Programa Nacional de Triagem Neonatal deverá ser organizado de maneira a garantir plenamente o acesso aos recém-nascidos não só à realização dos exames preconizados e à confirmação diagnóstica, mas também ao acompanhamento e tratamento das doenças detectadas. Devem ser estruturados os fluxos de referência e contrarreferência, os Postos de Coleta adequados e os respectivos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de acordo com a Fase de Implantação do Programa, em conformidade com o estabelecido no Anexo XLI a este Regulamento.

3 - todo recém-nascido suspeito de ser portador de uma das patologias triadas deverá ser reconvocado para a realização dos exames complementares confirmatórios, de acordo com o estabelecido no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal a ser elaborado e publicado pela Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS;

4 - todo recém-nascido vivo identificado/confirmado como portador de uma das patologias triadas tem direito ao acompanhamento, orientação e tratamento adequado, conforme o descrito no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal e nos respectivos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas a ser elaborados e publicados pela Secretaria de Atenção à Saúde;

5 - as autoridades sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, de acordo as respectivas competências e atribuições estabelecidas no art. 325 deste Regulamento, serão responsáveis

pela adoção das medidas pertinentes e adequadas à garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

B - CRITÉRIOS/EXIGÊNCIAS PARA HABILITAÇÃO

Os Estados e o Distrito Federal deverão cumprir, de acordo com a Fase de Implantação, os seguintes critérios/exigências de habilitação:

1 - Fase I - triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito:

para se habilitar na Fase I de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, os Estados e o Distrito Federal deverão enviar à Secretaria de Atenção à Saúde uma solicitação de habilitação na Fase I que deverá ser instruída com:

1.1 - Rede Estadual de Coleta - informar nominalmente e por Município a relação dos Postos de Coleta (pelo menos 1 por Município em que sejam realizados partos) que foram organizados/cadastrados no estado, em conformidade com as Normas de Funcionamento e Cadastramento estabelecidas no Anexo XLI a este Regulamento.

1.2 - Serviço(s) Tipo I de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas - identificar/ organizar e enviar à SAS a documentação necessária para cadastramento do(s) Serviço(s) de Referência (pelo menos 1 por Estado), de acordo com as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I, estabelecidas no Anexo XLI a este Regulamento.

1.3 - Nome do Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

1.4 - Compromisso formal, firmado pelo Secretário de Saúde, de que o Estado buscará a cobertura de 100% de seus nascidos-vivos no que diz respeito à triagem neonatal da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito bem como a garantia da confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o tratamento dos pacientes triados com essas doenças congênitas.

Obs.: Os Estados/Distrito Federal que já estejam realizando os exames de triagem neonatal para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, previstos na Fase I, deverão adotar as providências necessárias para consolidar seu processo de triagem neonatal, organizando a rede de coleta e definindo o(s) Serviço(s) de

Referência, garantido, dessa forma, além da realização dos exames preconizados, o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados e identificados como portadores dessas doenças, devendo cumprir os mesmos passos de habilitação descritos acima.

2 - Fase II - triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria, do hipotireoidismo congênito + doenças falciformes e de outras hemoglobinopatias:

Para se habilitar na Fase II de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, os Estados e o Distrito Federal deverão enviar à Secretaria de Atenção à Saúde uma solicitação de habilitação na Fase II que deverá ser instruída com:

2.1 - Habilitação na Fase I - informar a habilitação.

2.2 - Rede Estadual de Coleta - informar nominalmente e por Município a relação dos Postos de Coleta (pelo menos 1 por Município em que sejam realizados partos) que foram organizados/cadastrados no Estado, em conformidade com as Normas de Funcionamento e Cadastramento estabelecidas no Anexo XLI a este Regulamento - a mesma Rede informada na habilitação na Fase I.

2.3 - Serviço(s) Tipo II de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas- identificar/ organizar e enviar à SAS a documentação necessária para cadastramento do(s) Serviço(s) de Referência (pelo menos 1 por Estado), de acordo com as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo II, estabelecidas no Anexo XLI a este Regulamento.

2.4 - Nome do Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal - o mesmo da Fase I;

2.5 - Compromisso formal, firmado pelo Secretário de Saúde, de que o Estado buscará a cobertura de 100% de seus nascidos vivos no que diz respeito à triagem neonatal da fenilcetonúria, do hipotireoidismo congênito, das doenças falciformes e de outras hemoglobinopatias, bem como a garantia da confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o tratamento dos pacientes triados com essas doenças congênitas.

Obs.: Os Estados/Distrito Federal que já cumpram integralmente os critérios/exigências estabelecidos nas Fases I e II poderão solicitar, diretamente, habilitação na Fase II.

3 - Fase III - triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria, do hipotireoidismo congênito, das doenças falciformes e de outras hemoglobinopatias + fibrose cística.

Para se habilitar na Fase III de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, os Estados e o Distrito Federal deverão enviar à Secretaria de Atenção à Saúde uma solicitação de habilitação na Fase III, que deverá ser instruída com:

3.1 - Habilitação na Fase II - informar a habilitação.

3.2 - Comprovação de que o Estado já tenha garantido uma cobertura igual ou superior a 70% dos nascidos vivos nas doenças definidas nas Fases I e II.

3.3 - Informações a respeito das características populacionais e da incidência da fibrose cística no Estado que indiquem a necessidade e que apresentem adequada relação custo-benefício para a realização desse tipo de triagem.

3.4 - Rede Estadual de Coleta - informar nominalmente e por Município a relação dos Postos de Coleta (pelo menos 1 por Município em que sejam realizados partos) que foram organizados/cadastrados no Estado, em conformidade com as Normas de Funcionamento e Cadastramento estabelecidas no Anexo XLI a este Regulamento -a mesma Rede informada na habilitação das Fases I e II.

3.5 - Serviço(s) Tipo III de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas - identificar/ organizar e enviar à SAS a documentação necessária para cadastramento do(s) Serviço(s) de Referência (pelo menos 1 por Estado), de acordo com as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo III, estabelecidas no Anexo XLI a este Regulamento.

3.6 - Nome do Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal - o mesmo das Fases I e II.

3.7 - Compromisso formal, firmado pelo Secretário de Saúde, de que o Estado buscará a cobertura de 100% de seus nascidos vivos no que diz respeito à triagem neonatal da fenilcetonúria, de hipotireoidismo congênito, das doenças falciforme, de outras hemoglobinopatias e da fibrose cística, bem como a garantia da confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o tratamento dos pacientes triados com essas doenças congênitas.

Obs.: Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas deverão ser, preferencialmente, os mesmos serviços em todas as fases. Assim, o de Tipo I (na Fase I) deve ser adequadamente adaptado e incrementada sua capacidade operacional para transformá-lo em Tipo II quando o estado pretender a habilitação na Fase II. Da mesma forma, o de Tipo II deverá ser adequado para o Tipo III quando o Estado pretender a habilitação na Fase III de Implantação do Programa.

ANEXO XLI

NORMAS PARA FUNCIONAMENTO E CADASTRAMENTO DE POSTOS DE COLETA E DE SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL/ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE DOENÇAS CONGÊNITAS

A - POSTOS DE COLETA

Os Municípios devem organizar/estruturar/implantar e cadastrar tantos Postos de Coleta quantos forem necessários para a cobertura/acesso de sua população à realização da coleta de material para a realização dos exames relativos à Triagem Neonatal. É obrigatória a instalação de pelo menos 1 (um) Posto de Coleta por Município (naqueles em que são realizados partos).

1 - Processo de Cadastramento

1.1 - Município em Gestão Plena do Sistema Municipal A Secretaria Municipal de Saúde deverá criar as condições para a organização/estruturação/implantação/cadastramento do(s) Posto(s) de Coleta de seu Município e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) à Rede Estadual de Coleta e referenciá-lo(s) ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas ao qual estiver vinculado (providência a ser adotada junto à Secretaria Estadual de Saúde). Uma vez definido(s) o(s) Posto(s) de Coleta e, se cumpridas as exigências abaixo mencionadas, a Secretaria Municipal de Saúde deverá adotar as providências necessárias ao seu cadastramento junto ao Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Feito o cadastramento, a SMS deverá informar à Secretaria Estadual de Saúde, em documento próprio, a relação de seu(s) Posto(s), na qual constem: nome do Município, do(s) estabelecimento(s) cadastrados e da pessoa responsável pela atividade.

1.2 - Município que não esteja em Gestão Plena do Sistema Municipal A Secretaria Municipal de Saúde deverá criar as

condições para a organização/estruturação/ implantação do(s) Posto(s) de Coleta de seu Município e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) à Rede Estadual de Coleta e referenciá-lo(s) ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas ao qual estiver vinculado (providência a ser adotada junto à Secretaria Estadual de Saúde). Uma vez definido(s) o(s) Posto(s) de Coleta e se cumpridas as exigências abaixo mencionadas, a Secretaria Municipal de Saúde deverá formalizar junto à Secretaria Estadual de Saúde o pedido de cadastramento de seu(s) Posto(s) que, após a devida análise, adotará as providências necessárias ao seu cadastramento no DATASUS.

1.3 - Secretaria Estadual de Saúde A Secretaria Estadual de Saúde é a responsável pela organização da Rede Estadual de Coleta e sua vinculação ao(s) Serviço(s) de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas. Para isso, deverá cadastrar o(s) Postos(s) de Coleta dos Municípios que não estejam em Gestão Plena do Sistema Municipal e consolidar a relação total de Postos de Coleta cadastrados (de todos os Municípios em que sejam realizados partos, em gestão plena ou não) organizando-os por Município e identificando, para cada um deles, a referência para o respectivo Serviço de Referência em Triagem Neonatal. Esta relação consolidada deverá ser enviada à Secretaria de Atenção à Saúde por ocasião da solicitação de habilitação do Estado em uma das Fases de Implantação do Programa, conforme estabelecido no Anexo XL a este Regulamento. A Secretaria Estadual de Saúde deverá informar às Secretarias Municipais de Saúde e aos respectivos Postos de Coleta o nome do Serviço de Referência em Triagem Neonatal ao qual deverão ser enviadas as amostras coletadas.

2 - Exigência para Cadastramento de Postos de Coleta 2.1 - Características Gerais A escolha do local para instalação do Posto de Coleta, a critério da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, poderá recair sobre uma unidade de saúde já existente, um local específico para o desenvolvimento dessa atividade ou ainda sobre o(s) hospital(is)/maternidade(s) em que tenha ocorrido o parto. Nessa última hipótese, deverá ficar bastante claro que a coleta do material será realizada somente após o segundo dia de vida do recém-nascido (frequentemente na alta hospitalar). Nas situações onde a coleta não é realizada nas maternidades, estas deverão dispor de um formulário contendo orientação de local e data para a coleta (modelo existente no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN, a ser publicado pela SAS/MS). Nesse caso, a unidade coletora deverá, também, assumir, formalmente, o compromisso de que a coleta ocorrerá

nos primeiros 30 (trinta) dias de vida do bebê, preferencialmente na primeira semana. O material coletado, dentro das normas estabelecidas no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN, será enviado ao Laboratório do Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas indicado pelo gestor do SUS, num prazo nunca superior a 5 (cinco) dias úteis.

2.2 - Instalações Físicas Os Postos de Coleta deverão dispor, no mínimo, do seguinte:

- recepção e sala de espera para acompanhantes e entrega de resultados;
- sala de coleta; e
- área adequada para guarda de material e armazenamento de amostras (conforme descrito no Manual do PNTN) e arquivamento de resultados.

2.3 - Recursos Humanos Os Postos de Coleta deverão dispor, no mínimo, dos seguintes recursos humanos:

- recepcionista ou auxiliar administrativo; e
- profissional da área de saúde com, no mínimo, formação de nível médio comprovada.

2.4 - Materiais e Equipamentos Os Postos de Coleta deverão dispor, no mínimo, do seguinte:

- papel filtro, lancetas e formulários (comprovantes de coleta), fornecidas pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas (que foi identificado e informado pela Secretaria Estadual de Saúde);
- algodão e álcool para assepsia (não pode ser usado álcool iodado);
- luvas descartáveis;
- material para curativo;
- bancada de trabalho;
- cadeiras;
- armário;

- arquivo; e
- geladeira 2.5 - Rotinas de Funcionamento e Atendimento Os Postos deverão possuir manual técnico em que todos os procedimentos estejam descritos pormenorizadamente, contemplando o estabelecido no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN, com, no mínimo, os seguintes itens:
 - horário de funcionamento;
 - fluxo de atendimento do paciente;
 - registro da(s) data(s) de treinamento(s) de todos os seus funcionários técnicos e administrativos;
 - fluxo de recebimento de material e envio de amostras ao laboratório do Serviço de Referência, especificando claramente os procedimentos utilizados para evitar a troca de amostras;
 - descrição de cada uma das atividades;
 - técnica de Coleta utilizada, indicando claramente o modo de coleta para cada exame, especificando as normas de biossegurança utilizadas tanto para o paciente como para o coletor;
 - registro do intervalo médio de tempo entre a coleta e o envio de amostras ao laboratório;
 - registro da realização da coleta e arquivamento do comprovante assinado pelo responsável pelo RN;
 - registro da entrega de resultados e arquivamento do comprovante ao responsável pelo RN;
 - registro do intervalo médio de tempo entre a coleta e a entrega/retirada dos resultados às famílias;
 - fluxo de busca ativa de reconvocados;
 - registro das ações de busca ativa dos casos reconvocados, assim como do intervalo de tempo entre a data da reconvocação e o comparecimento para nova coleta;
 - registro das rotinas de armazenamento, manipulação e dejetos de materiais orgânicos, que devem seguir as normas vigentes.

B - SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL/ ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE DOENÇAS CONGÊNITAS

As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem cadastrar (pelo menos um) Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas para a cobertura e o acesso de sua população à realização da triagem neonatal, à confirmação diagnóstica, ao acompanhamento e ao tratamento dos pacientes triados.

1 - Cadastramento

1.1 - Planejamento/Distribuição de Serviços As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão, em conformidade com o quantitativo de nascidos vivos do Estado, e respeitados os critérios técnicos, as garantias de adequado fluxo operacional do Serviço e da adequada relação custo-benefício, estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de maneira a facilitar o acesso dos usuários e a cobertura assistencial.

1.2 - Processo de Cadastramento

1.2.1 - A abertura de qualquer Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS - Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município em Gestão Plena do Sistema Municipal, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação, o planejamento/distribuição regional e a possibilidade de cadastramento, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde, conforme já enunciado, o planejamento da rede e a definição do quantitativo de Serviços necessários de acordo com os critérios estabelecidos por este Regulamento.

1.2.2 - Uma vez confirmada a necessidade do cadastramento e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviços pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001.

1.2.3 - O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

a - documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas por este Regulamento;

b - relatório de Vistoria - a vistoria deverá ser realizada in loco pela Secretaria de Saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento, que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas neste Regulamento;e

c - Parecer Conclusivo do Gestor - manifestação expressa, firmada pelo Secretário de Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria de Saúde do Município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do novo Serviço à rede de referência estadual e a definição da relação do Serviço cadastrado com a rede de coleta.

1.2.4 - Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento, pelo(s) gestor(es) do SUS, e se este for favorável, o Processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde/SAS, para análise.

1.2.5 - O Ministério da Saúde/SAS avaliará o Processo de Cadastramento e determinará a realização de vistoria in loco do Serviço pelo Grupo Técnico de Assessoramento em Triagem Neonatal. Uma vez aprovado o cadastramento, a Secretaria de Atenção à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

2 - Exigências para Cadastramento de Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas.

2.1 - Exigências Gerais:

2.1.1 - Características Gerais Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas são destinados à operacionalização, execução e controle do Programa Nacional de Triagem Neonatal, na sua área de abrangência. Esses serviços são responsáveis pelo cumprimento de todo o processo referente à triagem neonatal, desde a coleta, a realização dos exames, a busca ativa, a confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o tratamento dos casos positivos detectados, conforme definido no PNTN e, portanto, devem englobar:

- Rede de Coleta - composta pelos Postos de Coleta dos Municípios/Estado. A rede deve ser organizada pela Secretaria Estadual de Saúde, que vinculará, conforme estabelecido neste Regulamento, os Postos ao respectivo Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas. O Serviço de Referência e seu laboratório deverão ter, formalmente estabelecida, a relação nominal (por Município) dos Postos de Coleta a eles vinculados e ter rotinas estabelecidas de envio de material para coleta para esses Postos (lancetas, papel filtro), recepção das amostras e reconvocação de pacientes;

- Laboratório Especializado em Triagem Neonatal - Laboratório/Biologia Molecular (conforme estabelecido no Subitem 2.2.1 e 2.2.2 deste Anexo);

- Ambulatório Multidisciplinar Especializado (conforme o estabelecido no subitem 2.2.3 deste Anexo);

- Sistema de Registro de Informações Automatizado (conforme o estabelecido no subitem 2.2.4 deste Anexo); e

- Rede Assistencial Complementar (conforme o estabelecido no subitem 2.2.5 deste Anexo).

Os Serviços de Referência deverão ser organizados a fim de atender à totalidade dos recém-nascidos vivos da respectiva área de abrangência.

2.1.2 - Tipos de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas. Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal serão classificados de acordo com sua capacidade operacional no que diz respeito ao acompanhamento e tratamento das doenças congênitas estabelecidas nas Fases de Implantação do Programa e com os exames que são capazes de realizar - capacidade técnica do laboratório especializado - próprio ou terceirizado, em:

- Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I - Unidade que disponha de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos ao recém-nascido triado para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito. A realização dos exames de triagem e confirmação diagnóstica deverão ser realizados em laboratório especializado, próprio ou terceirizado, apto à realização desses exames e em conformidade com o estabelecido neste Anexo.

- Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo II - unidade que disponha de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos ao recém-nascido triado para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias. A realização dos exames de triagem e confirmação diagnóstica deverão ser realizados em laboratório especializado, próprio ou terceirizado, apto à realização desses exames e em conformidade com o estabelecido neste Anexo. Deve-se atentar para o fato de que o laboratório deve ser apto a realizar exames confirmatórios para as doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, por biologia molecular.

- Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo III - unidade que disponha de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos ao recém-nascido triado para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e fibrose cística. A realização dos exames de triagem e confirmação diagnóstica deverão ser realizados em laboratório especializado, próprio ou terceirizado, apto à realização desses exames e em conformidade com o estabelecido neste Anexo. Deve-se atentar para o fato de que o laboratório deve ser apto a realizar exames confirmatórios para as doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística, por biologia molecular.

Obs.: Somente poderão cadastrar Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de Tipo I, II ou III aqueles Estados que estiverem habilitados, respectivamente, nas Fases I, II ou III de Implantação do Programa.

2.1.3 - Manutenção do Cadastro e Descadastramento Para manutenção do cadastramento, os Serviços de Referência deverão, além de cumprir as normas estabelecidas pelo presente Regulamento, enviar à Secretaria de Atenção à Saúde/MS, até o dia 15 do mês subsequente a cada mês de competência, os relatórios de acompanhamento do Programa, especificados no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN . Se o Serviço não enviar, esses relatórios no prazo estipulado e por 3 (três) meses consecutivos, a Secretaria de Atenção à Saúde descadastrará o Serviço faltoso. O descadastramento também poderá ocorrer se, após avaliação de funcionamento do Serviço por meio de auditorias periódicas (MS/SMS/SES) o Serviço de Referência deixar de cumprir qualquer um dos critérios estabelecidos neste Regulamento.

2.2 - Exigências Específicas Além das exigências gerais, o Serviço de Referência deverá cumprir com as seguintes exigências específicas:

2.2.1 - Laboratório Especializado em Triagem Neonatal O Serviço de Referência deverá dispor, próprio ou terceirizado, de um Laboratório Especializado em Triagem Neonatal. No caso de laboratório terceirizado, o Serviço de Referência deverá apresentar cópia de contrato/convênio celebrado com o laboratório em que fiquem claramente estabelecidas as garantias de realização de todos os exames preconizados na Fase de Implantação em que o Estado esteja habilitado e o fiel cumprimento de todas as normas e critérios estabelecidos pelo presente Regulamento.

Serviço de Referência Tipo I - o laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas neste Regulamento, inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal, cumprindo suas atribuições/obrigações e ser capaz de realizar exames de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito.

Serviço de Referência Tipo II - o laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas neste Regulamento, inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal, cumprindo suas atribuições/obrigações, e ser capaz de realizar exames de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias. Deverá ser apto a realizar, por biologia molecular, os exames confirmatórios das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias.

Serviço de Referência Tipo III - o laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas neste Regulamento, inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal, cumprindo suas atribuições/obrigações, e ser capaz de realizar exames de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. Deverá ser apto a realizar, por biologia molecular, os exames confirmatórios das doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística.

Obs.:

1 - Se o Serviço de Referência não dispuser de laboratório próprio, poderá contratar/conveniar a realização dos exames necessários a um laboratório terceirizado. A escolha desse laboratório, dentro ou fora do Estado, deverá recair sobre aquele

laboratório que se enquadre e cumpra as exigências estabelecidas neste Regulamento.

2 - Na hipótese de o laboratório próprio do Serviço de Referência ou de o laboratório terceirizado não serem capazes de realizar exames por biologia molecular, poderá ser contratado/conveniado outro laboratório para realizar esses exames. Em qualquer hipótese, o laboratório deverá apresentar Licença de Funcionamento emitida pela Coordenadoria de Fiscalização Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, que poderá ser revogada, a qualquer momento, em caso de descumprimento das normas estabelecidas por este Regulamento. Igualmente, o laboratório deverá ter/apresentar certificação de Controle de Qualidade Internacional em Triagem Neonatal, devidamente atualizado.

2.2.1.1 - Características do Laboratório Especializado O laboratório especializado em Triagem Neonatal tem características próprias que o distinguem de um laboratório de análises clínicas tradicional:

GERAIS:

- nele se analisam grandes quantidades de amostras para um mesmo parâmetro, enquanto num laboratório de análises clínicas se analisa menor quantidade de amostras para uma variedade de parâmetros;

- além disso, tendo em vista a característica populacional da triagem e as variações normalmente encontradas em ensaios consecutivos realizados em dias diferentes, é importante que a rotina do laboratório de triagem manuseie um número mínimo diário de amostras em cada técnica utilizada, para haver coerência e uniformidade dos resultados individuais e populacionais; e

- laboratórios de triagem neonatal utilizam amostras de sangue obtidas por meio de punção no calcanhar, impregnadas em papel filtro padronizado, especialmente desenvolvidos para este fim. Essas amostras são de fácil transporte pelo correio, de fácil armazenagem e podem ser analisadas por uma grande variedade de técnicas.

ESPECÍFICAS:

- deve possuir manual técnico em que todos os procedimentos estejam descritos pormenorizadamente;

- todos os procedimentos devem ser objeto de Controle Periódico de Qualidade Interno;
- realizar análise laboratorial para todos os ensaios ao menos 5 (cinco) vezes por semana, visando ao devido domínio técnico;
- ter equipe técnica treinada com capacitação específica para análise de amostras em sangue seco;
- utilizar técnicas adequadas e de recomendação internacional em Triagem Neonatal;
- ser responsável pela distribuição de lancetas e papel filtro padronizado (PNTN), de maneira a não haver solução de continuidade na rede de coleta. Se for próprio do Serviço de Referência, o laboratório enviará o material citado diretamente aos Postos de Coleta.

No caso de laboratório terceirizado, deverá fornecer o material ao Serviço de Referência contratante, que se responsabilizará pela distribuição aos Postos.

2.2.1.2 - Instalações Físicas A área física do laboratório deverá enquadrar-se nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que venham a substituí-los ou complementar, a saber:

- Portaria nº 1884/GM, de 11 de novembro de 1994 - Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;
- Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do CONAMA

Conselho Nacional do Meio Ambiente.

A área física deve ser adequada, permitindo que os exames sejam desenvolvidos com organização e segurança e ser convenientemente iluminada e ventilada.

A temperatura ambiente deve ser adequada para a realização dos testes que exigem uma temperatura específica. Deve ainda ser permanentemente monitorada para assegurar que está dentro da faixa aceitável.

A energia elétrica deve ser adequada e suficiente para os equipamentos em uso. Para o preparo de reagentes é necessária a utilização de água purificada por método de reconhecida eficiência.

O laboratório deve estar de acordo com os códigos de biossegurança, incluindo provisões para o manuseio seguro de amostras de sangue, reagentes e despejo correto do lixo.

Área de Apoio - esta área deverá ser composta por, no mínimo, as seguintes instalações:

- sala de espera e recepção para recebimento e entrega de resultados;
- área de apoio administrativo;
- área de seleção e encaminhamento de amostras; e
- área refrigerada adequada para guarda de material e armazenamento de amostras.

Área técnica isolada da área de apoio - sala para o desenvolvimento de atividades laboratoriais, compatível com o número de exames em rotina.

2.2.1.3 - Recursos Humanos A equipe enumerada a seguir constitui-se equipe mínima capaz para realização de testes em 100.000 amostras/ano. Essa equipe deve ser modificada para ser compatível com o número de exames realizados pelo laboratório:

- 1 (um) responsável técnico: médico /biomédico/bioquímico, devidamente habilitado, com experiência mínima de dois anos em triagem neonatal, declarada e comprovada por ele. É o responsável, em última instância, pelos resultados de todos os exames realizados em seu laboratório;
- 2 (dois) técnicos de nível superior: biomédico/bioquímico/biólogo, com treinamento específico e orientação na área de triagem, tanto em relação à execução das técnicas laboratoriais como em relação à interpretação dos resultados, controles de qualidade e finalidades dos diferentes exames.;
- 1 (um) supervisor técnico, quando houver três ou mais técnicos de nível superior, que será responsável pela supervisão direta dos demais técnicos e que, juntamente com o responsável técnico, participará das demais tarefas de organização do laboratório;
- 2 (dois) técnicos de nível médio com habilitação comprovada, com treinamento específico na área de triagem neonatal;

- 2 (dois) profissionais de nível médio para a área administrativa, devendo um deles estar capacitado a realizar as funções descritas em Recursos Humanos do Sistema de Registro e Informações Automatizado;

- 1 (um) profissional de apoio em serviços gerais, com primeiro grau completo, treinado.

2.2.1.4 - Materiais e Equipamentos Os materiais e equipamentos técnicos deverão ser selecionados de acordo com as metodologias escolhidas entre as reconhecidas e disponíveis no mercado nacional/internacional e referendadas nos Programas de Controle de Qualidade Internacionais para Triagem

Neonatal. Os fornecedores escolhidos deverão se responsabilizar, por meio de contratos, por manter estoques de segurança correspondentes, no mínimo, a 1 (um) mês de atividade, para suprir eventuais problemas com importação.

Os equipamentos técnicos deverão ser automatizados ou semiautomatizados.

O laboratório deve possuir:

- todos os equipamentos necessários em perfeito estado de conservação para assegurar a qualidade dos exames que realiza;

- programa de controle de qualidade de desempenho dos equipamentos, assim como de sua manutenção.

- todos os kits e reagentes necessários para as metodologias em uso, devendo ser armazenados em quantidade suficiente para sua rotina e utilizados de acordo com as instruções do fabricante.

As informações sobre todos os reagentes e kits utilizados devem ser convenientemente protocoladas. Essas informações compreendem:

- produtos adquiridos comercialmente: o nome do fabricante, do lote, a data de validade, e de aquisição, as condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para o produto em questão;

- reagentes preparados no laboratório: data do preparo, nome do técnico que preparou, condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para o reagente em questão.

2.2.1.5 - Laudos Os laudos dos exames devem ser claros e conter informações sobre o método empregado para cada exame, com a assinatura ou a chancela eletrônica do responsável técnico e acompanhado de observações, quando necessário, que os tornem mais compreensíveis.

Os resultados das dosagens de Fenilalanina e T4neo/TSHneo devem ser quantitativos. Se HPLC for a metodologia escolhida para triagem de doenças falciformes e hemoglobinopatias, os casos alterados nessa metodologia deverão ser confirmados por Focalização Isoelétrica e ser igualmente reportados.

2.2.1.6 - Rotinas de Funcionamento e Atendimento O laboratório deve possuir Rotinas de Funcionamento escritas, atualizadas a cada 4 (quatro) anos e assinadas pelo responsável técnico pelo Laboratório de Referência em Triagem Neonatal, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

- horário de funcionamento;
- identificação do responsável técnico (ou substituto) presente durante todo o intervalo de funcionamento do laboratório;
- registro da(s) data(s) de treinamento(s) de todos os seus funcionários;
- fluxo de atividades no laboratório: do recebimento da amostra até o envio de resultados;
- descrição de cada uma das atividades;
- registro do intervalo médio de tempo entre o recebimento da amostra e a liberação de resultados.

2.2.1.7 - Relatórios de Acompanhamento Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas deverão enviar à Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 15 do mês subsequente a cada mês de referência, relatório de acompanhamento do laboratório (próprio ou terceirizado), contendo no mínimo:

- número de amostras analisadas para cada uma das patologias triadas;
- número de casos suspeitos detectados para cada uma das patologias triadas;

- número de casos positivos confirmados para cada uma das patologias triadas; e

- dados de identificação e resultados dos casos positivos detectados, para inclusão no Banco de Dados - PNTN/MS.

2.2.2 - Laboratório - Biologia Molecular Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de Tipos II e III deverão contar com laboratório apto a realizar os testes de detecção de mutações de doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. Esse laboratório poderá ser próprio do Serviço de Referência, do Laboratório Especializado em Triagem Neonatal terceirizado ou ainda um outro laboratório contratado/conveniado especificamente para realizar os testes de biologia molecular. Em qualquer dessas hipóteses, o laboratório de biologia molecular deverá cumprir todas as especificações já descritas para Laboratório Especializado em Triagem Neonatal e as seguintes especificações adicionais:

- Responsável Técnico:

O responsável técnico pelo laboratório de biologia molecular deverá estar devidamente habilitado nessa área.

- Área Física:

Para os procedimentos de biologia molecular, deve haver três áreas bem definidas, aqui designadas como áreas 1, 2 e 3, distribuídas em pelo menos duas salas. As áreas 1 e 2 podem ser combinadas em uma única sala. Cada área deve ter seu equipamento adequado e exclusivo. A utilização de luvas é sempre necessária.

Fluxo reagentes/amostras deve ser: área 1 » área 2 » área 3.

Área 1: é destinada aos procedimentos que envolvam preparo de reagentes ("prémix").

Nessa área deve haver os materiais e equipamentos necessários para a atividade.

Recomenda-se que nessa área haja fluxo laminar com luz ultravioleta e que as soluções sejam mantidas em congelador próprio.

Recomenda-se restrição ao tráfego de pessoas e utilização de aventais exclusivos.

Área 2: é destinada à extração de DNA e à adição do DNA à reação de PCR. Deve ser mantida limpa, com o uso de reagentes químicos (p.ex., HCl 1N) e/ou de luz ultravioleta (UV). Nessa área, também deve haver os materiais e equipamentos necessários para a atividade. Recomenda-se restrição ao tráfego de pessoas e utilização de aventais exclusivos.

Área 3: é destinada aos procedimentos de amplificação pós-amplificação. É a única sala em que se deve manipular o produto amplificado. Procedimentos químicos (p.ex., HCl 1N) e/ou utilização de luz ultravioleta (UV) podem ser utilizados para inativar produtos amplificados. O termociclador pode ser mantido nessa área ou numa outra área diferente das áreas 1 e 2.

- Reagentes:

O laboratório de biologia molecular deve possuir todos os reagentes necessários para as metodologias em uso, devendo ser armazenados e utilizados de acordo com as instruções do fabricante.

As informações sobre todos os reagentes utilizados devem ser convenientemente protocoladas. Essas informações compreendem:

em caso de produtos adquiridos comercialmente, o nome do fabricante, do lote, a data de validade, a data de aquisição, as condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para produto em questão; em caso de reagentes preparados no laboratório:

data do preparo, nome do técnico que preparou o reagente, condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para o reagente em questão.

- Amostras:

No caso do material ser colhido no Serviço de Referência, amostra deve ser encaminhada ao laboratório de biologia molecular com a indicação do anticoagulante utilizado (se for o caso), do nome da pessoa responsável pela coleta e identificação da amostra, assim como da data e hora da coleta.

2.2.3 - Ambulatório Multidisciplinar Especializado:

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas

deverão contar, em suas próprias instalações, com Ambulatório Multidisciplinar Especializado.

Serviço de Referência Tipo I - Ambulatório Multidisciplinar Especializado capaz de realizar a orientação familiar, o acompanhamento e o tratamento dos pacientes triados em fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito. Deverá contar, adicionalmente, com uma rede de serviços complementares.

Serviço de Referência Tipo II - Ambulatório Multidisciplinar Especializado capaz de realizar a orientação familiar, o acompanhamento e o tratamento dos pacientes triados em fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias.

Deverá contar, adicionalmente, com uma rede de serviços complementares. No caso das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias poderá manter um acordo operacional com outros serviços (como Hemocentros, por exemplo) para o acompanhamento/tratamento dessas doenças.

Serviço de Referência Tipo III - Ambulatório Multidisciplinar Especializado capaz de realizar a orientação familiar, o acompanhamento e o tratamento dos pacientes triados e portadores de fenilcetonúria, hipotireodismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. Deverá contar, adicionalmente, com uma rede de serviços complementares. No caso das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, poderá manter um acordo operacional com outros serviços (como Hemocentros, por exemplo) para o acompanhamento/tratamento dessas doenças. Essa mesma situação é válida para a fibrose cística.

Após confirmação diagnóstica, conforme o descrito nos protocolos e diretrizes terapêuticas para tratamento das doenças, todos os pacientes triados no PNTN deverão ser prontamente atendidos por equipe multidisciplinar do Serviço de Referência em Triagem Neonatal/ Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas.

2.2.3.1 - Instalações Físicas:

O Ambulatório Multidisciplinar deve contar, no mínimo, com o seguinte:

- sala de espera e recepção;
- sala de consultas; e

- sala de reuniões para integração da equipe multidisciplinar com a equipe do laboratório 2.2.3.2 - Recursos Humanos Deverá ser composto por uma equipe multidisciplinar mínima que contenha:

- 1 (um) médico pediatra;
- 1 (um) médico endocrinologista ou endocrinologista pediátrico;
- 1 (um) nutricionista;
- 1 (um) psicólogo; e
- 1 (um) assistente social Observação: Um dos profissionais da equipe, preferencialmente um profissional médico, deverá ter recebido uma capacitação técnica em "Aconselhamento Genético Específico para Triagem Neonatal"

em um serviço reconhecido de Genética Médica.

2.2.3.3 - Materiais e Equipamentos - balcão para recepção;

- cadeiras para a espera;
- escrivaninha e cadeiras para o(s) consultório(s);
- mesa de exames;
- duas balanças: uma para bebê (capacidade até 15 kg), outra para pacientes maiores (com medida de estatura acoplada);
- uma régua para medir a estatura de bebês;
- fita métrica;
- estetoscópio; e
- material necessário para realização de testes psicométricos

2.2.3.4 - Rotinas de funcionamento e atendimento:

O Ambulatório deve ter Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas. Sugere-se como horário para os profissionais, inicialmente, um turno dos dias úteis para cada profissional da equipe, com facilidades para sobreaviso caso haja urgência de atendimento para algum caso suspeito. Além disso, um turno específico por semana para reuniões da equipe multidisciplinar. Conforme aumento dos casos detectados, extensão do período de atendimento para novos turnos. Quando algum caso suspeito é

detectado no laboratório, deverá ser imediatamente acionada a Busca Ativa do Serviço de Referência.

- Fenilcetonúria Os pacientes com fenilcetonúria terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal - AMTN com: médico pediatra, nutricionista, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, a terapêutica, a orientação nutricional e o aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência. A continuidade do atendimento seguirá o protocolo e as diretrizes terapêuticas para tratamento da fenilcetonúria.

- Hipotireoidismo Congênito Os pacientes com hipotireoidismo congênito terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal - AMTN com médico endocrinologista, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, a terapêutica e o aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência, quando necessário. A continuidade do atendimento seguirá protocolo e as diretrizes terapêuticas para tratamento do hipotireoidismo congênito.

- Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias Os pacientes com doenças falciformes e outras hemoglobinopatias terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal - AMTN com médico pediatra, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, a terapêutica e o aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência. A continuidade do atendimento seguirá o protocolo e as diretrizes terapêuticas para tratamento das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, no Serviço de Referência em Triagem Neonatal ou em outro serviço (Hemocentro, por exemplo), conforme acordo operacional.

- Fibrose Cística Os pacientes com fibrose cística terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal - AMTN com médico pediatra, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, a terapêutica e o aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência. A continuidade do atendimento seguirá o protocolo e as diretrizes terapêuticas para tratamento da fibrose cística, no Serviço de Referência em Triagem Neonatal ou em outro serviço, conforme acordo operacional.

2.2.4 - Sistema de Registro e Informações Automatizado

2.2.4.1 - Descrição Geral O Serviço de Referência - Tipo I, II ou III deverá manter registro e controle dos trabalhos e dos resultados, incluindo as amostras, folhas de

leitura/documentação originais, por um período de no mínimo 5 (cinco) anos. Para isso deverá dispor de um sistema informatizado de controle de todas as atividades do Serviço, dando agilidade aos procedimentos, rastreabilidade das informações e segurança na transcrição e emissão de laudos automáticos. Além disso deverá dispor de facilidades de comunicação de dados para troca de informações.

Registro de Pacientes - O Serviço deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

2.2.4.2- Funcionamento Funcionalmente,o Sistema de Registro e Informações deverá:

- identificar univocamente cada amostra recebida (PNTN/MS), com a data de recebimento, a origem e os resultados finais, permitindo sua rastreabilidade;
- fazer o encaminhamento ordenado das amostras ao laboratório, de forma a manter relação com a identificação original;
- registrar de forma segura e unívoca os resultados dos testes de cada amostra, registrando, por meio de senhas, o responsável técnico pela liberação desses resultados;
- identificar automaticamente os casos que deverão ser reconvocados;
- receber do laboratório e disponibilizar automaticamente os resultados dos exames realizados, de forma a evitar erros de transcrição;
- Exigir do laboratório que disponibilize rapidamente os resultados, no máximo em 5 dias úteis após o recebimento da amostra, remetendo-os à rede de coleta de forma segura e auditável;
- receber do laboratório e emitir os resultados por computador em formulários impressos e/ou pela internet, devendo constar no mínimo de:

resultados individuais para serem entregues aos responsáveis pelo recém-nascido;

relação de exames processados, para cada remessa feita pelo Posto de Coleta, com os resultados obtidos;

relação de amostras que devem ser colhidas novamente, para cada remessa feita pelo Posto de Coleta;

- manter mecanismos de controle quantitativo e qualitativo do retorno dos casos reconvocados e devolvidos como inadequados da rede de coleta, até o diagnóstico final;

- manter atualizados os Cadastros de Casos Positivos de cada uma das patologias detectadas, montando um prontuário para cada paciente;

- fazer a interface com os demais serviços complementares em termos de solicitação de exames, consultas, procedimentos e resultados de exames específicos para os pacientes positivos, fornecendo e recebendo as informações necessárias ao atendimento;

- manter os arquivos de dados dos exames realizados, para efeito de rastreamento e estatísticas, pelo período mínimo de 5 (cinco) anos;

- facilitar a comunicação de dados, sugerindo-se a conexão das estações de trabalho em rede local, para compartilhamento de programas e dados e conexão à internet por transmissão de banda larga (modem de alta velocidade, cable, DSL etc.);

- manter procedimentos especiais de segurança, devendo, para tanto, manter, no local, cópias diárias de segurança dos arquivos e programas instalados e, em armazenamento externo, cópias semanais dos mesmos arquivos e programas;

- enviar, periodicamente, quaisquer dados solicitados pela SAS/MS, para composição do Banco de Dados de Triagem Neonatal.

2.2.4.3 - Equipamentos Básicos Os equipamentos de informática deverão ser em número suficiente para prover agilidade à rotina, permitindo a liberação rápida de resultados. Tipicamente deverão ser microcomputadores conectados em rede a um servidor central. Assim, sugere-se a seguinte composição:

- um servidor central que armazenará os dados;

- um servidor de reserva, de capacidade similar à do servidor principal, com imagem do disco do servidor central, de forma a poder assumir o processamento em 15 minutos após a falha do servidor principal; e

- estações de trabalho individuais, em número adequado, instaladas nos postos de trabalho do Serviço de Referência, como:

Seleção de Amostras, Secretaria, Laboratório, Impressão e Remessa de Resultados, Atendimento de Reconvocados, Ambulatório e outros.

2.2.4.4 - Instalações Físicas Os servidores de dado, principal e reservá-los, deverão ser instalados em local isolado, de acesso restrito, em ambiente com temperatura constante em torno de 25 graus centígrados e livre de poeira.

Todos os equipamentos deverão receber alimentação elétrica com tensão e frequência constantes, sendo conectados a um circuito terra, comum e específico a todos eles.

Os servidores deverão ser alimentados por uma fonte de energia sem interrupção, com bateria de capacidade de 15 minutos após a falha de energia.

Todos os equipamentos de rede e servidores deverão ser adquiridos de boas fontes de fornecimento.

2.2.4.5 - Recursos Humanos Para a operação dos sistemas e do primeiro suporte em emergências, o Serviço de Referência deve contar com, no mínimo, um operador técnico de nível médio, capaz de:

- operar todas as rotinas do sistema;

- permitir e controlar o acesso dos usuários às rotinas e aos dados do sistema;

- diagnosticar falhas na rede, equipamentos e sistemas operativos, dando o primeiro atendimento em situações anormais; e

- executar os procedimentos rotineiros de segurança.

2.2.5 - Rede Assistencial Complementar Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de Tipos I, II e III devem contar,

segundo suas necessidades e de acordo com as doenças triadas/acompanhadas/tratadas relativas a seu Tipo e à Fase de Implantação do Programa em que o Estado esteja habilitado, com uma rede assistencial complementar. Essa rede tem o objetivo de garantir o atendimento integral e integrado aos pacientes triados no Serviço de Referência e de garantir o acesso dos pacientes a procedimentos não disponíveis no Serviço de Referência.

2.2.5.1 - Estruturação da Rede Cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal articular, em conjunto com o(s) respectivo(s) Serviço(s) de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas, a rede assistencial complementar. As unidades hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, pertencentes à rede estadual e/ou à municipal, deverão ser disponibilizadas pelos gestores locais do SUS.

Na estruturação da rede complementar, deverão ser considerados os seguintes aspectos:

- qualidade, resolutividade dos serviços com capacidade instalada para atendimento da demanda esperada;
- regionalização dos serviços, permitindo a facilidade de deslocamento dos pacientes ou envio das amostras.

Na eventual necessidade de constituir a rede complementar com serviços/hospitais de outro Estado que não o daquele do Serviço de Referência, os gestores estaduais do SUS dos Estados envolvidos deverão articular a relação entre o Serviço de Referência e o(s) serviço(s)/hospital(is) complementares.

Formalização da Rede Assistencial Complementar - a relação entre o Serviço de Referência em Triagem Neonatal e as unidades integrantes da rede assistencial complementar deverá ser devidamente formalizada, em documento escrito e assinado pelas partes, com a interveniência do(s) respectivo(s) gestor(es) estadual(is) do SUS, no qual fique mínima e claramente expresso o seguinte:

- tipo de assistência complementar a ser prestada;
- a concordância do serviço complementar em receber os pacientes referenciados pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal;

e - declaração do serviço complementar de que prestará os serviços pelo SUS e que estes não acarretarão ônus de qualquer espécie ao paciente e/ou a seus familiares.

2.2.5.2 - Composição da Rede A rede deverá prover acesso, conforme a necessidade do Serviço de Referência em Triagem Neonatal, em uma unidade ou mais aos seguintes serviços:

- Serviço Ambulatorial Especializado em Doenças Falciformes (DF) e Hemoglobinopatias (Hbpatias), o qual deverá dispor de uma equipe mínima composta de um hematologista pediátrico e um hematologista de adulto, ambos com título de especialista;

- Serviço Ambulatorial Especializado em Fibrose Cística (FC), que deverá dispor de uma equipe mínima composta de um pneumologista pediátrico e um pneumologista de adulto, ambos com título de especialista, além de um fisioterapeuta e serviço de radiologia;

e - Rede Hospitalar de retaguarda credenciada para atendimento emergencial, internamento e UTI para pacientes portadores de Doenças Falciformes, Hemoglobinopatias e Fibrose Cística, cujo hospital de referência deverá ser um Hospital Geral/Especializado, com UTI infantil e de adulto, serviço de emergência e internação.

ANEXO XLII

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 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 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 - SIH/SUS. As Unidades que 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-psicossocial.
2. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com toque, evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce 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 essas situações têm as suas indicações bem estabelecidas.
3. O Método não objetiva economizar recursos humanos 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 terem 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 a gestante para os cuidados de referência, uma vez que essa é a maneira mais segura de atenção.

6. Na segunda 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 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 psicoafetivo 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 filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar; e
- 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; e
- 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, os cuidados dispensados, 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 Neonatal;
- 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 cuidado de acordo com as necessidades individuais manifestadas 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 pelos Municípios;
- refeições durante a permanência na unidade pelos Estados e/ou pelos 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:

2.1.1 Do bebê:

- estabilidade clínica;
- nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo); e
- peso mínimo de 1.250g.

2.1.2 Da mãe:

- desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio;
- consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde;
- capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido; e
- 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 2500 g;
- a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais, no mínimo, uma vez por semana; e
- garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

3. 3ª etapa Esta etapa caracteriza-se pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500 g, dando continuidade à abordagem bio-psicossocial.

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 apnéias;
- orientar e acompanhar tratamentos especializados; e
- 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; e
- após o peso de 2.500 g, 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; e

- técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios com cobertura de 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 1ª e 2ª desta 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 5 m² 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; e
- 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 XLIII

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 nº 8.069, de 13.7.90 - 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 ui
Filiação:		

Responsável(is) Legal(is):

Acompanhante:

Grau de Relacionamento:

Endereço:

Telefone para contato:

Referência para localização:

Maus-tratos identificados/Causador(es) prováveis 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: _____

DADOS DO ATENDIMENTO (incluir observações da anamnese 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

INSTRUTIVO

(DEVE SER IMPRESSO NO VERSO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Profissionais envolvidos no atendimento: preencher com o nome e a categoria dos profissionais que atenderam a criança/adolescente.

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

- Registro na unidade - número de matrícula e/ou boletim de emergência.
- Responsável (is) legal (is), caso não sejam os pais biológicos.
- Grau de Relacionamento - especificar se é: parente - pai, mãe, padrasto, avó ou outro, amigo da família, vizinho ou outro.
- Endereço, telefone e referência - identificação de onde pode ser localizada a criança/adolescente.

III - CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Os maus-tratos são atos de ação (físicos, psicológicos e sexuais) ou de omissão (negligência) praticados contra a criança/adolescente sendo capaz de causar danos físicos, sexuais e/ou emocionais.

Esses maus-tratos podem ocorrer isolados, embora frequentemente estejam associados.

Descrever o tipo de maus-tratos, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, CID 10, com os seguintes códigos:

T 74.0 Negligência e Abandono.

T 74.1 Sevícias Físicas (abuso físico).

T 74.2 Abuso Sexual.

T 74.3 Abuso Psicológico.

T 74.8 Outras Síndromes Especificadas de Maus-Tratos.

T 74.9 Síndrome não Especificada de Maus-Tratos.

-Para cada criança ou adolescente atendido deverá ser preenchida uma ficha.

-Deverá constar no verso da ficha a relação de instituições locais que prestem atendimento a crianças e a adolescentes em situação ou risco de violência, com telefones e informações úteis.

-Em caso de dúvida ou necessidade de apoio para encaminhamento/discussão do caso, contatar as Gerências dos Programas da Criança e do Adolescente das Secretarias Municipais e das Estaduais de Saúde e do Distrito Federal.

-A notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes é obrigatória pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

-Para a notificação desses casos, os profissionais devem utilizar a Ficha de Notificação que contém instrutivo para preenchimento no verso.

-A ficha deve ser enviada pela direção da unidade, o mais rapidamente possível, ao Conselho Tutelar da Área de moradia da criança/adolescente e para a Secretaria Municipal de Saúde, a quem caberá o posterior envio à Secretaria de Estado de Saúde.

-Recomenda-se que, além do encaminhamento da ficha ao Conselho Tutelar, seja sempre realizado um contato telefônico entre o serviço de saúde e o Conselho, propiciando a discussão da melhor conduta para o caso.

-A atenção/notificação dos casos é de responsabilidade da unidade como um todo, e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento, portanto, todos devem estar atentos à identificação dos casos e comprometidos com o acompanhamento dessas crianças e desses adolescentes.

-É importante que a gerência local de saúde conheça o número e a natureza dos casos atendidos, de forma a definir as estratégias de intervenção adequadas.

-É fundamental que todos os setores e profissionais da unidade recebam esta ficha com o respectivo instrutivo e compreendam a importância do seu adequado preenchimento.

ANEXO XLIV

NORMAS PARA A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI, EM REGIME DE INTERNAÇÃO E INTERNAÇÃO PROVISÓRIA.

1 - INTRODUÇÃO De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, o adolescente acusado da prática de um ato infracional pode ficar internado provisoriamente, em unidade específica, até que seja proferida a sentença referente ao seu processo. Essa internação provisória, segundo o ECA, não pode exceder o período de 45 dias.

Ao longo do processo, caso seja confirmada a prática do ato infracional e a necessidade de responsabilização do adolescente, o juiz poderá aplicar uma medida socioeducativa, sendo a de internação a mais rigorosa.

Essa medida, por ensejar privação de liberdade, deve estar sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Apesar de não comportar prazo determinado, em nenhuma hipótese a internação pode ultrapassar três anos, devendo ser reavaliada a cada seis meses.

Durante o período em que o adolescente estiver sob a tutela do Estado, deverão ser garantidos e respeitados diversos direitos previstos no ECA, o qual estabelece também obrigações para as unidades de internação, de modo a assegurar e efetivar o cumprimento do princípio da proteção integral.

2. População alvo Adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas.

3. Linhas de ação Estas Normas têm por objetivo orientar a implantação e a implementação de um elenco de ações no âmbito da promoção da saúde, da prevenção de riscos e da assistência aos agravos, em unidades de internação e internação provisória que atendem a adolescentes em conflito com a lei, garantindo a integralidade e a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, bem como uma atenção à saúde humanizada e de qualidade, conforme a Constituição de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-01/2002, o Estatuto da Criança e do Adolescente, arts. 94, 123, 124 e 125 e a Resolução do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente - CONANDA nº 46/96.

A Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde, conforme sua condição de gestão, e a secretaria gestora do sistema socioeducativo deverão desenvolver um conjunto de procedimentos necessários para garantir o atendimento integral aos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

4. Ações de Saúde A atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei em regime de internação ou internação provisória, em unidades masculinas e femininas, será realizada por meio das seguintes ações:

- ações de promoção de saúde;
- ações e práticas educativas; e
- ações de assistência à saúde, compreendendo:
 - a) acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial;
 - b) saúde sexual e saúde reprodutiva;
 - c) imunização;
 - d) saúde bucal;
 - e) saúde mental;
 - f) controle de agravos; e
 - g) assistência à vítima de violência.

As ações de saúde a ser desenvolvidas nas unidades de internação e internação provisória deverão visar à inclusão social do adolescente.

4.1. Das ações de promoção de saúde - Favorecer o processo de acolhimento do adolescente, em conjunto com a equipe pedagógica, identificando sua situação psicológica, social, pedagógica, jurídica e de saúde, no intuito de construir, com o adolescente e sua família, o Plano Individual de Atendimento - PIA, para auxiliar em seu desenvolvimento pessoal e social.

- Proporcionar a integração entre as equipes de saúde e a técnica da unidade, tendo como referência o projeto pedagógico para uma intervenção socioeducativa eficaz.

- Desenvolver ações integradas entre os serviços de saúde e outros setores, a exemplo da cultura, esportes, trabalho e educação, com a finalidade de articular políticas integradas e atividades que proporcionem o bem-estar físico, mental e social dos adolescentes.
- Fortalecer a rede social de apoio aos adolescentes e suas famílias.
- Incentivar o protagonismo juvenil.
- Constituir a formação de grupos de adolescentes promotores de saúde.
- Contribuir para a estruturação de uma proposta de desenvolvimento de habilidades considerando a necessidade de se abordar, com esta população, o sentido de propósito, a autoestima, o projeto de vida, o compromisso, o autocuidado, a responsabilidade, os direitos e deveres da cidadania, o controle do estresse, as inteligências intra e interpessoal, a influência dos pares, o pensamento crítico e a consequência das ações e escolhas.
- Identificar precocemente os fatores e as condutas de risco, visando à redução da vulnerabilidade.
- Desenvolver ações de educação em saúde.
- Promoção de uma cultura de paz e prevenção às violências física, sexual e psicológica e de acidentes.
- Garantir a oferta de alimentação saudável aos adolescentes, devidamente supervisionada por nutricionista, quer seja oferecida por serviços próprios mantidos pela unidade, quer seja por serviços terceirizados de produção de refeições.
- Realizar pesquisas sobre o cotidiano/rotina dos adolescentes, visando à reformulação das atividades sob o enfoque da promoção da saúde.

4.2. Das ações e práticas educativas A partir do projeto pedagógico da unidade, estabelecer atividades que favoreçam a vivência, a discussão e a reflexão coletiva, pelos adolescentes, sobre os seguintes temas:

- corpo e autocuidado;
- autoestima e autoconhecimento;

- relações de gênero;
- relações étnico-raciais;
- cidadania: direitos e deveres;
- cultura de paz;
- relacionamentos sociais: família, escola, turma, namoro;
- prevenção ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas;
- violência doméstica e social, com recorte de gênero;
- violência e abuso sexual, com recorte de gênero;
- esportes;
- alimentação, nutrição e modos de vida saudáveis;
- trabalho;
- educação;
- projeto de vida; e
- desenvolvimento de habilidades: negociação, comunicação, resolução de conflitos, tomada de decisão.

4.3 Das ações de assistência à saúde.

4.3.1 Acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial.

4.3.1.1 Crescimento estatural e ponderal.

4.3.1.2 Maturação sexual.

4.3.1.3 Desenvolvimento psicossocial.

4.3.1.4 Nutrição e alimentação.

4.3.2 Saúde sexual e saúde reprodutiva.

4.3.2.1 Ações direcionadas a adolescentes de ambos os sexos:

a) desenvolver práticas educativas que abordem o planejamento familiar, a gravidez na adolescência, a paternidade/maternidade

responsável, a contracepção e as Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e Aids;

b) distribuir preservativos; e

c) orientar quanto aos direitos sexuais e reprodutivos.

4.3.2.2 Ações específicas para adolescentes do sexo feminino:

a) prevenir e controlar o câncer cérvico-uterino;

b) orientar e promover o autoexame da mama;

c) contracepção;

d) realizar o pré-natal;

e) monitorar o estado nutricional e o consumo dietético da gestante e lactante;

f) proporcionar ambiente e condições favoráveis para aleitamento materno;

g) realizar o pós-natal; e

h) orientar para a postergação de gravidez subsequente.

4.3.2.3 Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/Aids:

a) realizar ações de coleta para o diagnóstico do HIV;

b) promover ações de redução de danos;

c) elaborar material educativo e instrucional com a participação dos adolescentes;

d) realizar abordagem sindrômica das DST;

e) fornecer medicamentos específicos para a Aids e outras DST; e

f) oferecer tratamento aos adolescentes portadores de HIV.

4.3.3 Imunização As coordenações estaduais e/ou municipais de imunizações, responsáveis pela operacionalização das ações neste âmbito, deverão garantir o atendimento nas unidades de internação e internação provisória.

ROTEIRO PARA VACINAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA		
VACINA	PASSADO VACINAL	CONDUTA
BCG - ID	Sem cicatriz	Fazer a primovacinação
	Com cicatriz	Aplicar a segunda dose
	Com duas cicatrizes	O paciente é considerado vacinado
HEPATITE B	Independente da situação vacinal ou triagem sorológica prévia	Aplicar três doses
DUPLA ADULTO -dT	Não vacinado ou sem informação	Vacinar três doses
	Três doses ou mais de toxóide tetânico (comprovadas)	Aplicar reforço caso se tenham passado m
TRIVIRAL	Sem confirmação de dose acima de um ano de idade.	Aplicar uma dose.
FEBRE AMARELA	Nenhuma dose nos últimos dez anos ou sem informação.	Aplicar uma dose.
OUTRAS VACINAS		
RUBÉOLA	Todas as adolescentes (sexo feminino) devem ser vacinadas, exceto as grávidas, gestantes que não tiverem sido vacinadas previamente deverão ser orientadas a evitar qualquer contato com pacientes com suspeita de rubéola. Caso uma adolescente grávida, deve-se tranquilizá-la, pois não há qualquer evidência científica de que a va	
HAEMOPHYLUS INFLUENZA TIPO B	Recomendada apenas para adolescentes esplenectomizados e imunodeficientes	
VARICELA	Aplicar nos adolescentes que ainda não tiveram a doença com intervalo de 4	
HEPATITE A	Aplicar a partir de um ano de idade.	
GRIPE - Influenza	Aplicar, anualmente, a toda a população de risco, a partir dos seis meses de	
VACINAÇÃO DE GESTANTES: Recomenda-se a dupla tipo adulto em substituição ao anatox tetânico. Não aplicar vacinas de vírus vivos.		

4.3.4 Saúde bucal 4.3.4.1. Prevenir, diagnosticar e tratar doenças orais, tais como cárie, doença periodontal, má oclusão, traumatismo dentário, halitose, fissuras lábiopalatinas, câncer bucal e manifestações orais das DST.

4.3.4.2. Educação em saúde oral.

4.3.4.3. Controle de placa bacteriana dental.

4.3.4.4. Orientação sobre higiene bucal e autoexame da boca.

4.3.4.5. Aplicação terapêutica intensiva com flúor - por sessão.

4.3.5 Saúde Mental 4.3.5.1. Promover ações de prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da privação de liberdade.

4.3.5.2. Garantir, aos adolescentes acometidos de transtornos mentais, tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições, conforme o artigo 112, § 3º, do ECA.

4.3.5.3. Promover a atenção às situações de prejuízo à saúde dos adolescentes, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, na perspectiva de redução de danos, bem como ações visando amenizar os sintomas da abstinência.

4.3.5.4. Garantir o acesso do adolescente com transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas aos Centros de Atenção Psicossocial ou outros equipamentos extra-hospitalares da rede SUS de atenção à saúde mental.

4.3.5.5. Implantar programas permanentes de reintegração social capazes de possibilitar a construção de projetos individuais de inserção social e que incluam parcerias intersetoriais e interinstitucionais.

4.3.5.6. Realizar a vigilância e a observação de possíveis casos de transtornos alimentares, tais como anorexia, bulimia e transtorno do comer compulsivo, em especial entre o público feminino.

4.3.5.7. Implementar programas de suporte psicossocial para os trabalhadores das instituições do sistema socioeducativo;

4.3.6 Do controle de agravos - hepatites, dermatoses/parasitoses, tuberculose e outras pneumopatias, hanseníase, Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (diabetes, hipertensão arterial, obesidade e sobrepeso) e outros.

Diagnóstico, aconselhamento e tratamento das hepatites virais:

a) realizar ações de triagem sorológica e aconselhamento para o diagnóstico das hepatites virais B e C;

b) distribuir preservativos para os (as) adolescentes;

c) promover ações educativas visando à redução de danos;

d) elaborar material educativo e instrucional com a participação dos adolescentes;

e) fornecer medicamentos específicos para o tratamento das hepatites, quando indicado;

f) referenciar os familiares e os contatos do (a) adolescente portador(a) do vírus para a Unidade Básica de Saúde visando à realização de triagem sorológica e eventuais encaminhamentos; e

g) fornecer medicamentos para manejo das complicações advindas da doença hepática causada pelas hepatites virais.

4.3.6.1 Dermatologia sanitária - hanseníase:

a) busca ativa de casos: identificação de sintomático dermatológico;

b) diagnóstico clínico: (i) exame de sintomáticos dermatológicos para diagnóstico de hanseníase

ou outras dermatoses de interesse sanitário; (ii) coleta de material para baciloscopia direta, para pesquisa de Baar; (iii) encaminhamento para centro de referência (Unidade) de casos que necessitem de esclarecimento diagnóstico;

c) cadastramento dos portadores: notificação e dados de acompanhamento de casos de hanseníase;

d) tratamento supervisionado dos casos de hanseníase: (i) consulta mensal para a dose supervisionada; (ii) avaliação dermatoneurológica;

(iii) dispensação de medicação; (iv) curativos; (v) atendimento de intercorrências; (vi) aplicação de técnicas simplificadas de prevenção e tratamento de incapacidades físicas; e (vii) encaminhamento do paciente sempre que for necessário atendimento de maior complexidade;

e) tratamento de outras dermatoses: (i) dispensação de medicação ou realização de outros procedimentos adequados ao caso; e

(ii) realização de medidas preventivas; e

f) realização de exame de comunicantes do caso de hanseníase:

(i) notificação do caso e informação ao Município de residência para a realização de exame de comunicantes dos familiares do caso, pelo PACS/PSF; e (ii) rotina de busca de sintomáticos dermatológicos na unidade.

4.3.6.2 Controle de tuberculose:

a) busca de casos de tuberculose: (i) identificar o sintomático respiratório (SR); (ii) examinar com baciloscopia o sintomático respiratório (SR); e (iii) notificar os casos novos descobertos na ficha de notificação do SINAN;

b) tratamento: (i) iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos os casos diagnosticados; (ii) oferecer sorologia anti

HIV para todos os casos diagnosticados; (iii) registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose; (iv) acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem;

e (v) realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos; e

c) proteção dos sadios: (i) examinar contactantes e realizar PPD quando indicado; (ii) realizar Raios X quando indicado; (iii) fazer quimioprofilaxia quando indicado; e (iv) desenvolver ações educativas.

4.3.6.3 Prevenção e tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis · Ações de promoção e assistência à saúde visando ao acompanhamento clínico e à adoção de modos saudáveis de vida, tais como a adoção de alimentação saudável, cessação, interrupção do hábito de fumar, diminuição do estresse, promoção de práticas corporais e prevenção e tratamento do alcoolismo.

4.3.7. Da assistência ao adolescente vítima de violência A equipe de saúde deverá registrar todo e qualquer tipo de maus-tratos - incluindo negligência, discriminação, exploração, abuso, crueldade, opressão, tratamento vexatório ou constrangedor, tortura na Ficha de Notificação Compulsória, conforme os arts. 333 e 334 do Regulamento do SUS, além de informar ao Ministério Público/ Promotoria da Infância e da Juventude e ao Conselho Tutelar da localidade.

O adolescente deverá ser encaminhado para o exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal, quando vítima de maustratos ou tortura.

A notificação deve ser o início de uma atuação ampliada e de suporte ao adolescente e à sua família.

5. Das ações de assistência à saúde nas unidades de internação e internação provisória No acolhimento do adolescente na unidade

de internação e/ou internação provisória, deverá ser garantida uma consulta integral que possibilite uma primeira avaliação quanto a:

- Imunização.
- Desenvolvimento físico e psicossocial.
- Diagnóstico em DST/HIV/Aids.
- Doenças orais, tais como cárie, doença periodontal, má oclusão, traumatismo dentário, halitose, fissuras lábio-palatinas, câncer bucal e manifestações orais das DST.
- Necessidade de triagem sorológica e aconselhamento para o diagnóstico das hepatites virais B e C.
- Utilização de preservativos e/ou outros métodos contraceptivos para os (as) adolescentes.

Os resultados da consulta inicial deverão subsidiar o planejamento das ações subsequentes a ser realizadas pela equipe de saúde para cada adolescente consultado, quando da elaboração ou preenchimento do PIA.

6. Plano Individual de Atendimento - PIA O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes deverá fazer parte do Plano Individual de Atendimento - PIA, o qual deverá ser acompanhado e avaliado periodicamente pelos profissionais que atuam no atendimento do adolescente.

Os dados inseridos no PIA serão a base para os relatórios encaminhados ao juiz de execuções, bem como as suas modificações que subsidiarão as decisões judiciais.

O PIA deverá ser elaborado pela unidade de internação ou internação provisória.

7. Referências para a média e alta complexidade As referências para a assistência de média e alta complexidade deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada PPI, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

A média complexidade, dentro de uma linha de cuidados, deve garantir o acesso e a integralidade da assistência, disponibilizando ações e serviços que traduzam no aumento da capacidade resolutiva da Atenção Básica.

8. Fornecimento de medicamentos e insumos O Ministério da Saúde fornecerá, para o atendimento à saúde dos adolescentes em regime de internação e internação provisória, o quantitativo de medicamentos da assistência farmacêutica básica que compõe o elenco destinado às equipes da Saúde da Família, cabendo ao gestor local ou estadual a complementaridade desses

medicamentos, conforme definido na Política de Assistência Farmacêutica vigente e pactuado entre as três esferas de governo. Os medicamentos serão repassados aos gestores estaduais e municipais conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

A programação para o recebimento de insumos e medicamentos será feita mediante os seguintes procedimentos:

- padronização de tratamentos para as doenças prevalentes (consensos terapêuticos definidos pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde); e
- cadastro de pacientes (tuberculose, hanseníase, DST/Aids, hipertensão, diabetes, entre outros).

9. Do sistema de cadastramento 9.1. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES Os profissionais e os estabelecimentos de saúde existentes nas unidades de internação e internação provisória serão cadastrados no CNES.

As orientações para o cadastramento dos estabelecimentos saúde das unidades que compõem o sistema socioeducativo serão publicadas em portaria específica.

9.2. Cartão SUS O cadastramento dos adolescentes será baseado na sistemática do Cartão Nacional de Saúde. Para isso, serão utilizados mesmos instrumentos que já estão em uso nos Municípios: o formulário de cadastramento, o manual e o aplicativo CadSUS.

10. Dos sistemas de informação 10.1 - Do Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB O monitoramento e a avaliação das ações de saúde pertinentes aos Planos Operativos Estaduais deverão ser realizados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.

A não-inserção dos dados no SIAB, por um período de (dois) meses consecutivos, ou 3 (três) meses alternados, durante ano, implicará a suspensão da transferência do Incentivo.

10.2. Do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência - SIPIA II O SIPIA-II é um sistema nacional de registro e tratamento informação criado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos para subsidiar a adoção de decisões governamentais sobre políticas voltadas para o adolescente em conflito com a lei e as decorrentes medidas socioeducativas a ele aplicadas.

Deverá ser pactuado, entre as unidades de internação, a respectiva secretaria gestora do sistema socioeducativo e o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, a criação de uma rotina de alimentação dos dados relacionados à saúde nesse Sistema.

10.3 Monitoramento e avaliação da implantação das Normas O Ministério da Saúde definirá indicadores, mecanismos procedimentos de acompanhamento e avaliação da implantação destas Normas, visando:

- registrar e analisar ações de promoção da saúde em situações locais e/ou regionais díspares, desfavoráveis ou bem-sucedidas;
- desenvolver protocolos de soluções de problemas para aumentar a efetividade, produzir sinergia e responder imediatamente demandas locais;
- estabelecer indicadores sentinela;
- viabilizar ambiente interativo de relacionamento entre atores dedicados à execução destas Normas, especialistas convidados gestores;
- delinear o perfil epidemiológico dos adolescentes;
- realizar inquéritos de promoção de saúde e modos de vida saudáveis;
- estabelecer uma rede de monitoramento dos casos de risco e situações inadequadas no atendimento ao adolescente;
- acompanhar a aprovação do projeto físico de adequação infraestrutura dos serviços de saúde e a expedição do Alvará Licenciamento da unidade; e
- acompanhar a adequação dos quesitos apresentados no relatório de avaliação sanitária pelas Vigilâncias Sanitárias estaduais municipais.

11. Educação permanente A educação permanente é a diretriz política do Ministério Saúde para a formação dos profissionais da saúde. Nesse sentido, programas de educação permanente das equipes de saúde, bem como dos profissionais das unidades de internação, devem ser pactuados entre as unidades de internação, os Pólos de Educação Permanente a secretaria gestora do sistema socioeducativo. Tais programas devem ter como foco os seguintes pontos:

a) estratégias para a reintegração social dos adolescentes para o manejo de situações de transtornos mentais, de violência, incluindo a sexual, e de dependência de substâncias psicoativas;

b) componentes de proteção e promoção da saúde do trabalhador, sobretudo da saúde mental, levando em conta a implicação subjetiva desses servidores em uma atividade laboral geradora tensões específicas; e

c) serviços de referência para os três níveis de complexidade visando ao adequado acolhimento e cuidado ao adolescente.

12. Estrutura física e equipamentos 12.1 Estrutura física das unidades de internação e internação provisória O Plano Operativo Estadual deverá informar a necessidade de adequação dos espaços físicos destinados ao alojamento e atendimento de adolescentes nas unidades de internação e internação provisória, de acordo com os critérios mínimos estabelecidos pelo CONANDA.

12.2. Estrutura e equipamentos do serviço de saúde na unidade

A estrutura física do estabelecimento e dos equipamentos e materiais necessários ao seu funcionamento deverão observar o disposto no Anexo XLV a este Regulamento.

12.3. Estrutura e equipamentos do serviço de alimentação e nutrição A estrutura e os equipamentos do serviço de alimentação e nutrição, realizados de forma direta ou terceirizada, devem atender aos critérios definidos pela Portaria GM/MS nº 326, de 30 de julho de 1997, que aprova o Regulamento Técnico sobre "Condições Higiênicosanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos", e pela Resolução da ANVISA - RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002, que "Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos e a Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos".

13. Operacionalização 13.1. Financiamento As ações de saúde a ser desenvolvidas no âmbito das unidades de internação e de internação provisória serão financiadas por recursos do Ministério da Saúde, os quais serão repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde.

Para a execução das ações, serão utilizados os recursos do Incentivo para a Atenção à Saúde de Adolescentes atendidos em regime de internação e internação provisória, de que trata o art. 339 deste Regulamento.

O financiamento da adequação/construção/reforma dos estabelecimentos e da aquisição de equipamentos, nas unidades de internação e internação provisória, será realizado por meio dos recursos da Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

13.2. Gestão e gerência A gestão e a gerência do Plano Operativo Estadual serão pactuadas no âmbito de cada unidade federada, na Comissão Intergestores Bipartite, e entre os gestores estaduais e municipais de saúde e os gestores do sistema de medidas socioeducativas.

14. Controle social Caberá aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e aos Conselhos Estaduais e Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente aprovar o Plano Operativo Estadual e acompanhar o desenvolvimento das atividades, mediante a avaliação do cumprimento dos compromissos estabelecidos.

Nos casos de as Secretarias Municipais de Saúde assumirem a gestão e/ou a gerência das ações e serviços de saúde, deverá constar do Plano Operativo Estadual a aprovação do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

15. Competências 15.1 Ministério da Saúde - Gestão destas Normas em âmbito federal.

- Co-financiar a atenção à saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória.

- Prestar assessoria técnica aos Estados no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais.

- Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo Estadual.

- Elaborar e disponibilizar protocolos assistenciais a ser implementados pelas unidades do sistema socioeducativo e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS.

- Padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo.

- Organizar e controlar a alimentação do SIAB referente às informações sobre a saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

- Apoiar tecnicamente a Secretaria Especial dos Direitos Humanos no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou à melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação, compreendendo instalações físicas e equipamentos.

- Elaborar as diretrizes da educação permanente para a capacitação dos profissionais das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, a ser operacionalizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

- Apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde na definição dos serviços e na organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade.

15.2 Secretaria Especial dos Direitos Humanos - Financiar as reformas e as construções de espaço físico das unidades, a aquisição de equipamentos, em colaboração com as secretarias gestoras do sistema socioeducativo ou as entidades responsáveis pela gestão da área do adolescente em conflito com a lei.

- Definir os parâmetros mínimos para a adequação física das unidades de internação.

- Normatizar a visita íntima.

- Repassar informações atualizadas ao Ministério da Saúde acerca da estrutura, do número de adolescentes privados de liberdade e da classificação das unidades de internação e internação provisória.

Garantir a continuidade de expansão do SIPIA - Módulo II

Monitoramento do Fluxo de Atendimento ao Adolescente em Conflito com a Lei para os Estados.

- Promover a articulação local, quando necessário, para elaboração do Plano Operativo Estadual.

15.3 Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - Promover a capacitação em gênero dos (as) adolescentes e dos (as) profissionais envolvidos (as) no atendimento aos adolescentes em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória;

ANEXO XLV

PADRONIZAÇÃO FÍSICA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO E INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

- Promover o recorte de gênero nos programas sociais destinados aos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

- Apoiar a criação de mecanismos de informação sobre a saúde da mulher, destinada às adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

- Acompanhar as ações destinadas à saúde e aos direitos das adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

15.4 Secretarias Estaduais de Saúde - Elaborar o Plano Operativo Estadual, em parceria com a secretaria estadual gestora do sistema socioeducativo e a Secretaria Municipal de Saúde, conforme sua condição de gestão.

- Participar do financiamento das ações e serviços previstos no Plano.

- Organizar a referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade.

- Capacitar as equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória.

- Prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais.

- Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo Estadual.

- Elaborar e/ou implementar os protocolos assistenciais.

- Padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos e dos demais serviços de saúde prestados diretamente pelas unidades de internação e internação provisória.

- Executar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito da atenção básica em todas as unidades sob sua gerência, direta ou indireta.

15.5 Secretarias estaduais gestoras do sistema socioeducativo - Formular o Plano Operativo Estadual, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, conforme sua condição de gestão.

- Cofinanciar as ações de atenção à saúde da população adolescente.

- Adequar o espaço físico para o estabelecimento de saúde e adquirir equipamentos e materiais necessários ao seu funcionamento.

- Garantir as condições para a execução das ações de atenção à saúde em todas as unidades.

- Garantir a manutenção dos recursos humanos de saúde e pedagógicos existentes.

15.6 Secretarias Municipais de Saúde - Participar da elaboração do Plano Operativo Estadual.

- Participar do financiamento das ações e serviços previstos nestas Normas.

- Contratar e controlar os serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população adolescente em regime de internação e internação provisória.

- Capacitar as equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória.

- Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo Estadual.

- Participar da elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a ser realizados pelas unidades próprias de medidas socioeducativas e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS.

- Cadastrar os adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória no Município.

16. Habilitação de Estados e Municípios para recebimento do Incentivo.

Para o recebimento do Incentivo para a Atenção Integral à Saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, as Secretarias Estaduais, do Distrito Federal, e as Municipais de Saúde deverão preencher os seguintes requisitos:

- 1) assinar o Termo de Adesão;
- 2) elaborar o Plano Operativo Estadual ; e
- 3) aprovar o Plano Operativo Estadual pelo Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
- 4) comprovar o encaminhamento do projeto físico do estabelecimento de saúde à Vigilância Sanitária estadual ou municipal, com vistas ao licenciamento do serviço;
- 5) comprovar a avaliação sanitária de funcionamento das unidades de internação e internação provisória, realizada pela Vigilância Sanitária; e
- 6) Credenciar os estabelecimentos e os profissionais de saúde das unidades de internação e internação provisória no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

O processo de habilitação consta das seguintes etapas:

- 1) aprovação do pleito na Comissão Intergestores Bipartite;
- 2) envio ao Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde, dos seguintes documentos:
 - a) Termo de Adesão;
 - b) Plano Operativo Estadual;
 - c) cópia do protocolo de encaminhamento do projeto físico do estabelecimento de saúde junto à Vigilância Sanitária estadual ou municipal, com vistas ao licenciamento do serviço;
 - d) relatório de avaliação sanitária de funcionamento;

e) verificação pelo Ministério da Saúde do credenciamento dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde no CNES; e

3) publicação da portaria de habilitação no Diário Oficial da União.

AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	OBSERVAÇÕES
Consultório médico/psicólogo	7,5 m ²	Lavatório
Consultório de odontologia	9,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem
Sala de coleta de material para laboratório	3,6 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem Exaustor dotado de filtro e peça de descarga
		para proteção contra chuva.(Pode ser estudada grade de segurança.)
		A porta da sala deve ter uma tomada de ar tipo grelha ou veneziana de simples deflexão para providenciar ar de reposição para o ar que está sendo exaurido.
Sala de curativos/suturas / vacinas e Posto de enfermagem	12,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem. Visão dos leitos de observação
		1 maca de procedimentos
		1 mesa (para relatórios) 1 hamper de lixo 1 hamper de roupa suja
Sala de observação	9,0 m ²	Lavatório. 2 salas com um leito, no mínimo, cada uma, com visão do posto de enfermagem
Sanitário para pacientes	1,6 m ²	Comum às salas. Dimensão mínima = 1,2 m ²
Dispensário de Medicamentos	1,5 m ²	Área para armazenagem de medicamentos e material. Pode ser um armário com chave sobre ou sob a bancada do posto de enfermagem
Central de Material Esterilizado/simplificada	9,0 m ²	- Vestiário: barreira às salas de esterilização e de lavagem e descontaminação
- Sala de lavagem e		- Guichê entre as duas salas
descontaminação		- Pia de despejo com válvula de descarga e pia de
- Sala de esterilização		lavagem na sala de lavagem

- Vestiário		- Comum aos consultórios e à sala de curativos
Rouparia		Armário para guarda de roupa limpa
DML	2,0 m ²	Depósito de material de limpeza - com tanque
Sanitários para equipe de saúde	1,6 m ² (cada)	1 masculino e 1 feminino

Observações:

1. **PROJETOS FÍSICOS:** devem estar em conformidade com a Resolução ANVISA 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. O planejamento da área física de nutrição e alimentação deve ser assessorado por nutricionista especialista em alimentação institucional.

2. **ACESSOS:** a unidade deve possuir acesso externo facilitado para embarque e desembarque em ambulância. O trajeto desse acesso até o ambulatório de saúde da unidade deve ser o mais curto e direto possível;

3. **SEGURANÇA:** todos os processos e procedimentos de trabalho dentro desse espaço devem observar os critérios de segurança para a guarda e o uso de objetos perfuro-cortantes.

4. **CORREDORES:** os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,0 m para distâncias maiores que 11,0 m e 1,20 m para distâncias menores, não podendo ser utilizados como áreas de espera. No caso de desníveis de piso superiores a 1,5 cm deve ser adotada solução de rampa unindo os dois níveis.

5. **PORTAS:** todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 m (vão livre) x 2,10 m, inclusive sanitários. Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/macas, ou seja, as portas das salas de curativos e das salas de observação, devem ter dimensões mínimas de 1,10 m (vão livre) x 2,10 m;

6. **ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO:** os consultórios e as salas de observação devem possuir ventilação e iluminação naturais. A sala de coleta deve possuir ventilação natural.

7. **LAVAGEM DE ROUPAS:** toda a roupa oriunda do estabelecimento de saúde da unidade deve ser lavada, de forma direta ou terceirizada, em uma lavanderia do tipo "hospitalar",

conforme o previsto na Resolução ANVISA RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, ou ser totalmente descartável.

8. LAVATÓRIOS / PIAS: todos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Para a sala de suturas deve existir, além do sabão citado, provisão de antisséptico junto às torneiras de lavagem das mãos.

9. RALOS: todas as áreas "molhadas" da unidade devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável. É proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados ou tratados.

10. MATERIAIS DE ACABAMENTO: os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos dos ambientes devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme o preconizado no manual Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2ª edição, Ministério da Saúde / Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, Brasília-DF, 1994, ou o que vier a substituí-lo. Devem ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e a limpeza frequente. Os materiais, cerâmicos ou não, não podem possuir índice de absorção de água superior a 4% individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que, o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares, é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos. As tintas elaboradas à base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas, podem ser utilizadas tanto nas paredes, tetos, quanto nos pisos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel. Quando utilizadas no piso, devem resistir também à abrasão e aos impactos a que serão submetidas. O uso de divisórias removíveis não é permitido. Entretanto, paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que quando instaladas tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme o preconizado no manual citado. Na farmácia e na rouparia as divisórias podem ser utilizadas se forem resistentes ao uso de desinfetantes e à lavagem com água e sabão. Não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um

material resistente a impactos, à lavagem e ao uso de desinfetantes.

11. RODAPÉS: a execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado, além de serem de difícil execução ou mesmo impróprios para diversos tipos de materiais utilizados para acabamento de pisos, pois não permitem o arredondamento, em nada facilitam o processo de limpeza do local, quer seja ele feito por enceradeiras quer por rodos ou vassouras envolvidos por panos. Especial atenção deve ser dada à união do rodapé com a parede, de modo que os dois estejam alinhados, evitando-se o tradicional ressalto do rodapé, que permite o acúmulo de pó e é de difícil limpeza.

12. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES: devem ser adotadas medidas para evitar a entrada de animais sinantrópicos[1] nos ambientes da unidade, principalmente quando se tratar de regiões onde há incidência acentuada de mosquitos, por exemplo.

13. INSTALAÇÕES:

13.1 - esgoto: caso a região onde a unidade estiver localizada tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante do estabelecimento de saúde e mesmo da unidade de internação pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos etc. (se for o caso);

13.2 - água: o reservatório d'água deve ser dividido em dois para que seja feita a limpeza periódica sem interrupção do fornecimento de água;

13.3 - elétrica: todas as instalações elétricas devem ser aterradas; e

13.4 - combate a incêndios: o projeto deve ser aprovado pelo corpo de bombeiros local.

14. PROGRAMA FUNCIONAL: qualquer outro ambiente não definido neste programa mínimo poderá ser agregado desde que justificado pelas necessidades de demanda ou especificidades da unidade de internação. Para a verificação das dimensões e características dos ambientes a ser acrescentados, deve-se verificar a Resolução da ANVISA RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

ANEXO XLVI

PLANO OPERATIVO ESTADUAL ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI, EM REGIME DE
INTERNAÇÃO PROVISÓRIA.

O presente Plano Operativo Estadual tem por objetivo detalhar a implantação e a implementação de ações e serviços com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória, no Estado de _____.

1. Operacionalização

1.1. Gestão do Plano (descrição sucinta de como a Secretaria Estadual de Saúde pretende gerir o Plano).

1.2. Gestão e gerência das ações e serviços de saúde nas unidades de internação e internação provisória (conforme o item 13.2 das Normas).

1.3. Organização da referência e contrarreferência (conforme o item 7 das Normas).

1.4. Equipe, carga horária, forma de recrutamento, contratação e capacitação de recursos humanos (conforme o item 11 das Normas).

1.5. Parcerias governamentais e não-governamentais previstas.

2. Planejamento das ações (A título de exemplo, apresenta-se a planilha abaixo. O importante é que todas as informações solicitadas sejam incluídas no Plano).

Dados da unidade		
Nome:		
Endereço:	Número de atendimentos:	
Internação () Internação provisória ()		
Ocupa o mesmo espaço físico de unidade de internação ou internação provisória? Não () Sim () Qual?		
Está inserida num complexo? Não () Sim () Qual?		
Ações de promoção da saúde		
Ação	Quem executará	Como será feito
Proporcionar a integração entre as equipes de saúde		
Favorecer o processo de acolhimento para uma intervenção		
Ações e práticas educativas		
Ação	Quem executará	Como será feito

Ações de assistência à saúde		
Ação	Quem executará	Como será feito
Acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial		
Saúde sexual e saúde reprodutiva		
Ação	Quem executará	Como será feito
a) Ações direcionadas aos adolescentes de ambos os sexos		
Imunização		
Ação	Quem executará	Como será feito
Saúde Oral		
Ação	Quem executará	Como será feito
Prevenir, diagnosticar e tratar doenças orais tais como cárie.		
Saúde Mental		
Ação	Quem executará	Como será feito
Garantir o acesso do adolescente com transtornos mentais.		
Controle de agravos		
Ação	Quem executará	Como será feito
Fornecimento de medicamentos e insumos		
Ação	Quem executará	Como será feito
Sistema de cadastro		
Ação	Quem executará	Como será feito
Sistema de informação		
Ação	Quem executará	Como será feito
Educação permanente		
Ação	Quem executará	Como será feito
Operacionalização		
Ação	Quem executará	Como será feito
Informar apenas os itens 13.1 e 13.2		
Controle social		
Ação	Quem executará	Como será feito

3. Infraestrutura

3.1. Apresentar o plano do espaço físico dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação e internação provisória e de

sua adequação às diretrizes previstas no Anexo XLV, caso seja necessário

- apresentar cronograma de implantação da proposta, em cada unidade. Unidades com estabelecimento de saúde Condições atuais do estabelecimento em comparação ao Anexo XLV:

- necessidade de adaptações/reformas;

- necessidade de equipamentos;

- custo;

- cronograma de execução;

- unidades sem estabelecimento de saúde;

- informar como é feito o atendimento de saúde aos adolescentes;

- necessidade de construção;

- necessidade de equipamentos; e

- custo da obra.

Cronograma de execução:

4. Composição da equipe de saúde nas unidades de internação e internação provisória.

4.1 Perfil e número de profissionais que já atuam em cada unidade.

4.2 Perfil e número de profissionais a ser alocados/contratados para cada unidade.

4.2 Composição da equipe e carga horária.

5. Fluxo de referência e contrarreferência.

6. Cofinanciamento.

6.1. Contrapartida da Secretaria Estadual de Saúde.

6.2. Contrapartida do órgão gestor estadual do sistema socioeducativo.

6.3. Contrapartida das Secretarias Municipais de Saúde.

6.4. Cálculo do Incentivo, de acordo com o quadro abaixo:

Para o atendimento das ações de saúde em regime de internação e internação provisória de até 40 adolescentes	
Base de Cálculo	Recursos
Para o atendimento das ações de saúde em regime de internação e internação provisória com um número entre 41 e 100 adolescentes	
Base de Cálculo	Recursos
Para o atendimento das ações de saúde em regime de internação e internação provisória com um número acima de 101 até 180 adolescentes.	
Base de Cálculo	Recursos
Para o atendimento das ações de saúde em regime de internação e internação provisória com um número acima de 180 adolescentes.	
Base de Cálculo - número de equipes	Recursos

7. Avaliação e Acompanhamento do Plano Operativo Estadual.

ANEXO XLVII

TERMO DE ADESÃO

A Secretaria Estadual de Saúde e a _____ (Secretaria estadual gestora do sistema sócioeducativo) do Estado de _____, por estarem de acordo com as diretrizes para a implantação e a implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, aprovadas nos arts. 336 a 443 do Regulamento do SUS, na Secretaria Especial de Direitos Humanos e na Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, formalizam o presente Termo de Adesão.

Nesse sentido, comprometem-se a formular o Plano Operativo Estadual respectivo, apresentando-o ao Conselho Estadual de Saúde, ao Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente e à Comissão Intergestores Bipartite, com, no mínimo, os seguintes componentes:

- a) gestão do Plano;
- b) gestão e gerência das ações e serviços de saúde das unidades de internação e internação provisória;

- c) organização da referência e contrarreferência;
- d) recrutamento, contratação e capacitação de recursos humanos;
- e) contrapartida estadual das Secretarias de Saúde e da secretaria gestora do sistema socioeducativo (e, se for o caso, dos Municípios);
- f) resultados esperados e metas;
- g) adequação do espaço físico da unidade e do estabelecimento e aquisição de equipamentos e materiais;
- h) organização do sistema de informação; e
- i) parcerias governamentais e não-governamentais.

ANEXO XLVIII

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

I - INTRODUÇÃO

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, de 19 de setembro de 1990. 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 Sistema Único de Saúde 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 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 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 essa prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersectorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família - ESF.

Concomitantemente 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, de 4 de janeiro de 1994, e Decreto nº 1.948, de 1996).

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 à 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 elaborado o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida (arts. 6º a 9º do Regulamento do SUS e Anexos III e IV). Nesse 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 Sistema Único de Saúde 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 Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos de idade ou mais.

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, que 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 socioeducativos 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 consequência 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 a 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 considerando os 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. Cinquenta e cinco por cento da população idosa é formada 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, seja em 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.

Cumprir 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 à 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 da 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 consequências 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 6º).

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 sequelados 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 Mundial da Saúde (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 devem 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 os 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 Sistema Único de Saúde 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; no 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 sociofamiliares 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 elaboração 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 o 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 à 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 contrarreferência; 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 Sistema Único de Saúde.

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 faz 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 à 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. Baseando-se na 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 - ILPI, 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 compõem 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 sozinhos 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 frequência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em Instituições de Longa Permanência para Idosos

ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta 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 intersectorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersectorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

As ações intersectoriais 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 ser 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 e culturais 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 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 área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde 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 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 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, a respeito da saúde pessoa idosa;

f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a ser implementadas pelo SUS, visando ao aprimoramento e à consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa 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 - PNSPI.

4.1. Gestor Federal:

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento Sistema Único de Saúde 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 os Municípios para apoio à implantação e à 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 pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;

c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite CIB as estratégias e metas a ser alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação Política;

e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade local/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 pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;

c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite CIB as estratégias e metas a ser alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação Política;

e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;

f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para 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 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, nas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e à 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 relacionados com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articular-se-á com os diversos setores do Poder Executivo nas 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 desmitificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando 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 contrarreferência 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 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 nessa 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 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 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 - ILPI;

h) promoção da formação de grupos socioeducativos e de autoajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nessa faixa etária;

i) implantação e implementação de Centros de Convivência Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948, de 1996;

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, equidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo 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 5.296, de 2 de dezembro de 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 5.296, 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 de 1994, e seu regulamento (Decreto nº 1.948, de 1996), bem como a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 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:

- a) fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, e dos 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, conseqüentemente, 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 referidos 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, de 19 de setembro de 1990, 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 XLIX

DIRETRIZES DO MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE INDÍGENA

Art. 1º O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes:

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, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas;

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;

III - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados à proteção, à promoção e à recuperação da saúde que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania;

IV - o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etnoculturais, sob responsabilidade do gestor federal;

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;

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 Polos-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;

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;

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

IX - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e os valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas.

DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS

Art. 2º Ao Ministério da Saúde compete formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Art. 3º À Fundação Nacional de Saúde - FUNASA compete coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Art. 4º Ao Departamento de Saúde Indígena - DESAI da Fundação Nacional de Saúde, compete:

I - planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas;

II - planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas;

III - coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena;

IV - promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena;

V - propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e a avaliação das ações de saúde indígena;

VI - supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI;

VII - implantar instrumentos para a organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas;

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

IX - propor alterações nas áreas de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Art. 5º Às Coordenações Regionais - CORE da Fundação Nacional de Saúde, compete:

I - coordenar e articular, no âmbito de cada unidade federada, a execução das ações de saúde indígena;

II - planejar, em conjunto com os DSEIs, as ações integrais de saúde indígena;

III - articular junto à Comissão Intergestores Bipartite - CIB o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS;

IV - articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena;

V - assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;

VI - homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena;

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

VIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA.

Art. 6º Ao Distrito Especial de Saúde Indígena -DSEI, compete:

I - planejar, coordenar e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena;

II - executar o fluxo de referência e contrarreferência de pacientes no Distrito Sanitário a serviços de média e alta complexidade;

III - acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho;

IV - avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência;

V - alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência;

VI - propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos;

VII - assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Locais de Saúde Indígena;

VIII - articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas;

IX - executar, em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública, o Saneamento e a Vigilância Ambiental;

X - executar, em conjunto com a Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde, as ações de educação em saúde;

XI - fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena;

XII - o chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e

XIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA.

Art. 7º Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena, compete:

I- aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena;

II- acompanhar as ações dos Conselhos Locais de Saúde Indígena; e

III - exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena.

Art. 8º Aos Estados, aos Municípios e às Instituições governamentais e não-governamentais compete atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena.

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.

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 deste Regulamento.

ANEXO L

RELAÇÃO DA POPULAÇÃO INDÍGENA CADASTRADA NO SIASI/FUNASA E PROPOSTA DE DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES REFERENTES AO IAB-PI, POR MUNICÍPIO - 2007

RESUMO POR REGIÃO	POP. INDÍGENA	VALORES R\$
REGIÃO AMAZÔNIA LEGAL	271.579	97.358.800,00
REGIÃO SUL-SUDESTE	46.743	13.027.200,00
REGIÃO NORDESTE	163.862	32.999.400,00
TOTAL	482.184,00	143.385.400,00

ACRE			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
120005	ASSIS BRASIL	371	208.500,00
120030	FEIJÓ	2.419	822.900,00
120032	JORDÃO	2.026	705.000,00
120033	MÂNCIO LIMA	1.579	570.900,00
120034	MANOEL URBANO	505	248.700,00
120035	MARECHAL THAUMATURGO	1.165	446.700,00
120039	PORTO WALTER	407	219.300,00
120042	RODRIGUES ALVES	137	138.300,00
120043	SANTA ROSA DO PURUS	2.139	738.900,00
120050	SENA MADUREIRA	967	387.300,00
120060	TARAUACÁ	2.643	890.100,00
SUBTOTAL		14.358	5.376.600,00

AMAZONAS			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
130002	ALVARÃES	698	306.600,00
130006	AMATURÁ	1.957	684.300,00
130008	ANAMÃ	421	223.500,00
130020	ATALAIA DO NORTE	3.706	1.209.000,00

130030	AUTAZES	4.583	1.472.100,00
130040	BARCELOS	5.035	1.607.700,00
130050	BARREIRINHA	5.066	1.617.000,00
130060	BENJAMIN CONSTANT	5.124	1.634.400,00
130063	BERURI	876	360.000,00
130070	BOCA DO ACRE	1.477	540.300,00
130080	BORBA	3.992	1.294.800,00
130100	CARAUARI	164	146.400,00
130110	CAREIRO	666	297.000,00
130115	CAREIRO DA VÁRZEA	1.644	590.400,00
130120	COARI	48	48.000,00
130140	EIRUNEPÉ	1.901	667.500,00
130150	ENVIRA	523	254.100,00
130710	HUMAITÁ	1.589	573.900,00
130180	IPIXUNA	697	306.300,00
130190	ITACOATIARA	612	280.800,00
130195	ITAMARATI	664	296.400,00
130210	JAPURÁ	196	156.000,00
130220	JURUÁ	527	255.300,00
130230	JUTAÍ	1.804	638.400,00
130240	LÁBREA	2.987	993.300,00
130260	MANAUS	680	301.200,00
130270	MANICORÉ	1.447	531.300,00
130280	MARAÃ	837	348.300,00
130290	MAUÉS	2.502	847.800,00
130300	NHAMUNDÁ	662	295.800,00
130330	NOVO ARIPUANÃ	128	135.600,00
130340	PARINTINS	509	249.900,00
130350	PAUINI	1.537	558.300,00
130356	RIO PRETO DA EVA	65	68.100,00
130360	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	8.830	2.746.200,00
130370	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	3.024	1.004.400,00
130380	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	18.121	5.533.500,00
130390	SÃO PAULO DE OLIVENÇA	9.180	2.851.200,00
130406	TABATINGA	8.522	2.653.800,00
130410	TAPAUÁ	1.708	609.600,00
130420	TEFÉ	603	278.100,00
130423	TONANTINS	1.307	489.300,00
130426	UARINI	459	234.900,00
SUBTOTAL		107.078	36.190.800,00

AMAPÁ

COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	
160050	OIAPOQUE	6.033	
160015	PEDRA BRANCA DO AMAPARI	799	
SUBTOTAL		6.832	

MARANHÃO

COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
210047	ALTO ALEGRE DO PINDARÉ	5	5.000,00
210060	AMARANTE DO MARANHÃO	3.538	1.158.600,00
210087	ARAGUANÃ		210.600,00
210095	ARAME	4.521	1.453.500,00
210160	BARRA DO CORDA	2.679	900.900,00
210200	BOM JARDIM	1.267	477.300,00
210203	BOM JESUS DAS SELVAS	127	135.300,00
210317	CENTRO NOVO DO MARANHÃO	278	180.600,00
210408	FERNANDO FALCÃO	2.268	777.600,00
210480	GRAJAÚ	3.462	1.135.800,00
210535	ITAIPAVA DO GRAJAÚ	853	353.100,00
210547	JENIPAPO DOS VIEIRAS	4.064	1.316.400,00
210637	MARANHÃOZINHO	344	200.400,00
210700	MONTES ALTOS	786	333.000,00
210735	NOVA OLINDA DO MARANHÃO	130	136.200,00
211102	SÃO JOÃO DO CARÚ	39	39.000,00
SUBTOTAL		24.739	8.813.300,00

MATO GROSSO

COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	
510020	ÁGUA BOA	204	
510080	APIACÁS	92	
510140	ARIPUANÃ	1.125	
510160	BARÃO DE MELGAÇO	283	
510170	BARRA DO BUGRES	423	
510180	BARRA DO GARÇAS	2.880	

510185	BOM JESUS DO ARAGUAIA	563	
510190	BRASNORTE	1.728	
510260	CAMPINÁPOLIS	5.493	
510260	CAMPO NOVO DO PARECIS	278	
510270	CANARANA	1.547	
510320	COLÍDER	153	
510330	COMODORO	1.335	
510335	CONFRESA	392	
510337	COTRIGUAÇU	31	
510350	DIAMANTINO	23	
510370	FELIZ NATAL	935	
510385	GAÚCHA DO NORTE	1.697	
510390	GENERAL CARNEIRO	1.571	
510510	JUARA	957	
510515	JUÍNA	347	
510530	LUCIARA	166	
510558	MARCELÂNDIA	302	
510590	NOBRES	175	
510617	NOVA NAZARÉ	1.022	
510624	NOVA UBIRATÃ	87	
510628	NOVO SÃO JOAQUIM	92	
510630	PARANATINGA	1.212	
510642	PEIXOTO DE AZEVEDO	1.193	
510675	PONTES E LACERDA	280	
510685	PORTO ESPERIDIÃO	289	
510700	POXORÉO	304	
510706	QUERÊNCIA	1.495	
510760	RONDONÓPOLIS	395	
510777	SANTA TEREZINHA	402	
510780	SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER	407	
510785	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	534	
510735	SÃO JOSÉ DO XINGU	230	
510787	SAPEZAL	320	
510795	TANGARÁ DA SERRA	1.012	
SUBTOTAL		31.974	

PARÁ			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
150050	ALMEIRIM	772	328.800,00
150060	ALTAMIRA	3.202	1.057.800,00
150125	BANNACH	200	157.200,00
150157	BOM JESUS DO TOCANTINS	554	263.400,00

150215	CANAÃ DOS CARAJÁS	26	26.000,00
150276	CUMARU DO NORTE	1.072	418.800,00
150309	GOIANÉSIA DO PARÁ	88	75.000,00
150360	ITAITUBA	266	177.000,00
150370	ITUPIRANGA	107	129.300,00
150375	JACAREACANGA	6.702 ,	2.107.800,00
150680	JACUNDÁ	35	35.000,00
150470	MOJU	146	141.000,00
150510	ÓBIDOS	1.440	529.200,00
150530	ORIXIMINÁ	1.768	627.600,00
150543	OURILÂNDIA DO NORTE	1.062	415.800,00
150550	PARAGOMINAS	771	328.500,00
150553	PARAUPEBAS	927	375.300,00
150555	PAU D ´ARCO	265	176.700,00
150655	SANTA LUZIA DO PARÁ	476	240.000,00
150658	SANTA MARIA DAS BARREIRAS	80	72.600,00
150715	SÃO DOMINGOS DO ARAGUAIA	313	191.100,00
150730	SÃO FÉLIX DO XINGU	1.683	602.100,00
150780	SENADOR JOSÉ PORFÍRIO	709	309.900,00
150800	TOMÉ-AÇU	220	163.200,00
150810	TUCURUÍ	434	227.400,00
150835	VITÓRIA DO XINGU	71	69.900,00
SUBTOTAL		23.389	9.246.400,00

RONDÔNIA			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
110001	ALTA FLORESTA D ´OESTE	632	286.800,00
110037	ALTO ALEGRE DOS PARECIS	71	69.900,00
110004	CACOAL	1.236	468.000,00
110092	CHUPINGUAIA	191	154.500,00
110007	CORUMBIARA	9	9.000,00
110009	ESPIGÃO D ´OESTE	637	288.300,00
110100	GOVERNADOR JORGE TEIXEIRA	64	67.800,00

110010	GUAJARÁ-MIRIM	3.498	1.146.600,00
110011	JARU	42	42.000,00
110012	JI-PARANÁ	1.263	476.100,00
110130	MIRANTE DA SERRA	103	128.100,00
110033	NOVA MAMORÉ	363	206.100,00
110018	PIMENTA BUENO	20	20.000,00
110020	PORTO VELHO	867	357.300,00
110030	VILHENA	302	187.800,00
SUBTOTAL		9.298	3.908.300,00

RORAIMA			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
140005	ALTO ALEGRE	8.367	2.607.300,00
140002	AMAJARI	4.804	1.538.400,00
140010	BOA VISTA	1.941	679.500,00
140015	BONFIM	4.045	1.310.700,00
140017	CANTÁ	1.591	574.500,00
140020	CARACARAÍ	767	327.300,00
140023	CAROEBE	418	222.600,00
140028	IRACEMA	433	227.100,00
140030	MUCAJÁ	383	212.100,00
140040	NORMANDIA	6.878	2.160.600,00
140045	PACARAIMA	5.367	1.707.300,00
140060	SÃO LUIZ	208	159.600,00
140070	UIRAMUTÁ	8.289	2.583.900,00
SUBTOTAL		43.491	14.310.900,00

TOCANTINS			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
140210	ARAGUAÍNA	45	45.000,00
170382	CACHOEIRINHA	65	68.100,00
170820	FORMOSO DO ARAGUAÍ,A	983	392.100,00
170900	GOIATINS	1.520	553.200,00
170950	GURUPI	14	14.000,00
171050	ITACAJÁ	743	320.100,00
171190	LAGOA DA CONFUSÃO	2.268	777.600,00
171280	MAURILÂNDIA DO TOCANTINS	125	134.700,00

171884	SANDOLÂNDIA	163	146.100,00
171886	SANTA FÉ DO ARAGUAIA	292	184.800,00
172110	TOCANTÍNIA	2.679	900.900,00
172120	TOCANTINÓPOLIS	1.523	554.100,00
SUBTOTAL		10.420	4.090.700,00

ESPIRITO SANTO			
320060	ARACRUZ	2288	326.000,00

PARANÁ			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
410010	ABATIÁ	111	108.300,00
410440	CÂNDIDO DE ABREU	508	148.000,00
410540	CHOPINZINHO	616	158.800,00
410650	CORONEL VIVIDA	93	57.900,00
410715	DIAMANTE D' OESTE	331	130.300,00
410754	ESPIGÃO ALTO DO IGUAÇU	313	128.500,00
410880	GUAÍRA	38	38.000,00
410950	GUARAQUEÇABA	27	27.000,00
411020	INÁCIO MARTINS	132	110.400,00
411330	LARANJEIRAS DO SUL	23	23.000,00
411370	LONDRINA	1.448	242.000,00
411440	MANGUEIRINHA	807	177.900,00
411450	MANOEL RIBAS	1.409	238.100,00
411705	NOVA LARANJEIRAS	1.723	269.500,00
411730	ORTIGUEIRA	584	155.600,00
411760	PALMAS	731	170.300,00
411820	PARANAGUÁ	60	54.600,00
411950	PIRAQUARA	50	50.000,00
411995	PONTAL DO PARANÁ	7	7.000,00
412310	SANTA AMÉLIA	183	115.500,00
412470	SÃO JERÔNIMO DA SERRA	946	191.800,00
412570	SÃO MIGUEL DO IGUAÇU	585	155.700,00
412780	TOMAZINA	128	110.000,00
412796	TURVO	574	154.600,00
SUBTOTAL		11.427	3.022.800,00

RIO DE JANEIRO			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
330010	ANGRA DOS REIS	334	130.600,00
330380	PARATI	208	118.000,00
SUBTOTAL		542	248.600,00

RIO GRANDE DO SUL			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
430005	ÁGUA SANTA	190	116.200,00
430190	BARRA DO RIBEIRO	230	120.200,00
430205	BENJAMIN CONSTANT DO SUL	977	194.900,00
430280	CAÇAPAVA DO SUL	57	54.300,00
430300	CACHOEIRA DO SUL	25	25.000,00
430320	CACIQUE DOBLE	896	186.800,00
430350	CAMAQUÃ	76	56.200,00
430467	CAPIVARI DO SUL	48	48.000,00
430471	CARAÁ	43	43.000,00
430537	CHARRUA	1.446	241.800,00
430580	CONSTANTINA	451	142.300,00
430692	ENGENHO VELHO	623	159.500,00
430697	EREBANGO	263	123.500,00
430780	ESTRELA	101	101.000,00
430790	FARROUPILHA	53	53.000,00
430805	FAXINALZINHO	110	108.200,00
430912	GRAMADO DOS LOUREIROS	200	117.200,00
430930	GUAÍBA	20	20.000,00
430990	IBIRAIARAS	230	120.200,00
431050	IRAÍ	503	147.500,00
431140	LAJEADO	31	31.000,00
431160	LIBERATO SALZANO	469	144.100,00
431177	MAQUINÉ	55	54.100,00
431262	MULITERNO	181	115.300,00
431270	NONOAI	921	189.300,00
431365	PALMARES DO SUL	32	32.000,00
431410	PASSO FUNDO	297	126.900,00
431470	PLANALTO	1.109	208.100,00

431490	PORTO ALEGRE	90	57.600,00
431540	REDENTORA	3.666	463.800,00
431555	RIO DOS ÍNDIOS	102	102.000,00
431575	RIOZINHO	19	19.000,00
431610	RONDA ALTA	961	193.300,00
431645	SALTO DO JACUÍ	396	136.800,00
431870	SÃO LEOPOLDO	77	56.300,00
431915	SÃO MIGUEL DAS MISSÕES	140	111.200,00
431973	SÃO VALÉRIO DO SUL	985	195.700,00
432110	TAPES	7	7.000,00
432140	TENENTE PORTELA	1.976	294.800,00
432150	TORRES	45	45.000,00
432185	TRÊS PALMEIRAS	308	128.000,00
432300	VIAMÃO	234	120.600,00
432310	VICENTE DUTRA	11 5	108.700,00
SUBTOTAL		18.758	5.119.400,00

SANTA CATARINA			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
420010	ABELARDO LUZ	103	103.000,00
420130	ARAQUARI	175	114.700,00
420230	BIGUAÇU	160	113.200,00
420420	CHAPECÓ	842	181.400,00
420517	ENTRE RIOS	1.052	202.400,00
420540	FLORIANÓPOLIS	36	36.000,00
420720	IMARUÍ	114	108.600,00
420768	IPUAÇU	3.731	470.300,00
420915	JOSÉ BOITEUX	1.237	220.900,00
4 2 11 3 0	NAVEGANTES	24	24.000,00
421190	PALHOÇA	176	114.800,00
421360	PORTO UNIÃO	31	31.000,00
421620	SÃO FRANCISCO DO SUL	84	57.000,00
421750	SEARA	122	109.400,00
421935	VITOR MEIRELES	557	152.900,00
SUBTOTAL		8.444	2.039.600,00

SÃO PAULO			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	
350335	ARCO-ÍRIS	195	
350390	ARUJÁ	7	

350430	AVAÍ	549	
350500	BARÃO DE ANTONINA	60	
350770	BRAÚNA	132	
350990	CANANÉIA	92	
351060	CARAPICUÍBA	25	
351300	COTIA	26	
351500	EMBU	61	
351510	EMBU-GUAÇU	7	
351570	FERRAZ DE VASCONCELOS	6	
351630	FRANCISCO MORATO	19	
351640	FRANCO DA ROCHA	4	
351880	GUARULHOS	265	
352030	IGUAPE	45	
352210	ITANHAÉM	137	
352220	ITAPECERICA DA SERRA	19	
352250	ITAPEVI	4	
352310	ITAQUAQUECETUBA	42	
352330	ITARIRI	10	
352500	JANDIRA	6	
352620	JUQUITIBA	2	
352940	MAUÁ	42	
352990	MIRACATU	73	
353080	MOJI MIRIM	31	
353110	MONGAGUÁ	211	
353440	OSASCO	138	
353620	PARIQUERA-AÇU	68	
353760	PERUÍBE	180	
354730	SANTANA DE PARNAÍBA	3	
354780	SANTO ANDRÉ	6	
354870	SÃO BERNARDO DO CAMPO	3	
354880	SÃO CAETANO DO SUL	9	
355030	SÃO PAULO	2.114	
355070	SÃO SEBASTIÃO	276	
355100	SÃO VICENTE	95	
355180	SETE BARRAS	76	
355280	TABOÃO DA SERRA	64	
355540	UBATUBA	182	
SUBTOTAL		5.284	

SERGIPE			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
280560	PORTO DA FOLHA	364	151.800,00

ALAGOAS

COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
270010	ÁGUA BRANCA	157	120.750,00
270260	FEIRA GRANDE	322	145.500,00
270380	JOAQUIM GOMES	2.035	402.450,00
270630	PALMEIRA DOS ÍNDIOS	1.249	284.550,00
270642	PARICONHA	1.505	322.950,00
270750	PORTO REAL DO COLÉGIO	2.310	443.700,00
270880	SÃO SEBASTIÃO	938	237.900,00
	TRAIPU	61	57.750,00
	INHAPI	55	55.000,00
SUBTOTAL		8.632	2.070.550,00

BAHIA			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
290020	ABARÉ	706	203.100,00
290140	ANGICAL	76	60.000,00
290265	BANZAÊ	1.912	384.000,00
260340	BELMONTE	74	59.700,00
290560	CAMACAN	130	116.700,00
290580	CAMAMU	81	60.750,00
290990	CURACÁ	442	163.500,00
291070	EUCLIDES DA CUNHA	827	221.250,00
291140	GLÓRIA	1.662	346.500,00
291320	IBOTIRAMA	672	198.000,00
291360	ILHÉUS	4.088	710.400,00
291540	ITAJU DO COLÔNIA	118	114.900,00
291560	ITAMARAJU	824	220.800,00
292225	MUQUÉM DE SÃO FRANCISCO	152	120.000,00
292390	PAU BRASIL	1.878	378.900,00
292400	PAULO AFONSO	72	59.400,00
292530	PORTO SEGURO	3.707	653.250,00
292550	PRADO	1.191	275.850,00
292710	RODELAS	1.109	263.550,00
292770	SANTA CRUZ CABRÁLIA	4.133	717.150,00
292840	SANTA RITA DE CÁSSIA	40	40.000,00

293015	SERRA DO RAMALHO	51	51.000,00
293077	SOBRADINHO	96	63.000,00
SUBTOTAL		24.041	5.481.700,00

CEARÁ			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
230020	ACARAÚ	678	198.900,00
230100	AQUIRAZ	255	135.450,00
230370	CAUCAIA	3.096	561.600,00
230655	ITAREMA	2.165	421.950,00
230765	MARACANAÚ	1.186	275.100,00
230970	PACATUBA	393	156.150,00
SUBTOTAL		7.773 A	1.749.150,00

GOIÁS			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
520250	ARUANÃ	173	123.150,00
521470	NOVA AMÉRICA	6	6.000,00
521890	RUBIATABA	167	122.250,00
SUBTOTAL		346	251.400,00

MINAS GERAIS			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
310340	ARAÇUAÍ	89	61.950,00
310660	BERTÓPOLIS	547	179.250,00
311030	CALDAS	69	58.950,00
311380	CARMÉSIA	310	143.700,00
311950	CORONEL MURTA	13	13.000,00
314050	MARTINHO CAMPOS	301	142.350,00
315200	POMPÉU	21	21.000,00
315430	RESPLENDOR	228	131.400,00
315765	SANTA HELENA DE MINAS	473	168.150,00
316245	SÃO JOÃO DAS MISSÕES	7.485	1.219.950,00
SUBTOTAL		9.536	2.139.700,00

MATO GROSSO DO SUL			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
500060	AMAMBAÍ	8.237	1.332.750,00
500070	ANASTÁCIO	361	151.350,00
500090	ANTÔNIO JOÃO	840	223.200,00
500110	AQUIDAUANA	5.437	912.750,00
500124	ARAL MOREIRA	394	156.300,00
500210	BELA VISTA	481	169.350,00
500230	BRASILÂNDIA	84	61.200,00
200240	CAARAPÓ	4.236	732.600,00
500270	CAMPO GRANDE	3.064	556.800,00
200315	CORONEL SAPUCAIA	2.814	519.300,00
500320	CORUMBÁ	155	120.450,00
500348	DOIS IRMÃOS DO BURITI	1.305	292.950,00
500350	DOURADINA	793	216.150,00
500370	DOURADOS	11.333	1.797.150,00
500375	ELDORADO	527	176.250,00
500450	JAPORÃ	3.924	685.800,00
500515	JUTI	354	150.300,00
500525	LAGUNA CARAPÃ	768	212.400,00
500540	MARACAJU	151	119.850,00
500560	MIRANDA	6.115	1.014.450,00
500580	NIOAQUE	1.340	298.200,00
500635	PARANHOS	4.030	701.700,00
500660	PONTA PORÃ	315	144.450,00
500690	PORTO MURTINHO	1.499	322.050,00
500750	ROCHEDO	66	58.500,00
500770	SETE QUEDAS	214	129.300,00
500790	SIDROLÂNDIA	1.659	346.050,00
500795	TACURU	3.055	555.450,00
SUBTOTAL		63.551	12.157.050,00

PARAÍBA			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
250140	BAÍA DA TRAIÇÃO	4.281	739.350,00
250905	MARCAÇÃO	5.530	926.700,00
251290	RIO TINTO	1.758	360.900,00
SUBTOTAL		11.569	2.026.950,00

PERNAMBUCO			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
260050	ÁGUAS BELAS	3922	685.500,00
260280	BUÍQUE	2760	511.200,00
260300	CABROBÓ	2620	490.200,00
260392	CARNAUBEIRA DA PENHA	6707	1.103.250,00
260570	FLORESTA	1100	262.200,00
260660	IBIMIRIM	2133	417.150,00
260700	INAJÁ	1361	301.350,00
260805	JATOBÁ	2612	489.000,00
260980	OROCÓ	229	131.550,00
261090	PESQUEIRA	10414	1.659.300,00
261100	PETROLÂNDIA	553	180.150,00
261480	TACARATU	3247	584.250,00
261580	TUPANATINGA	392	156.000,00
SUBTOTAL		38050	6.971.100,00

ANEXO LI

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, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória nº 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde 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, a promoção e a 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 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 os 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 a 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 à vacinação, ao atendimento odontológico, ao controle de tuberculose e de 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 nas 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 tornava-se 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 prestar 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. Esses sistemas tradicionais de saúde apresentam

se 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 estipulou o reconhecimento e o 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 Sistema Único de Saúde - SUS, posteriormente regulamentados pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que 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 diferenciado, 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 nº 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, abriram-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 nº 1.141/94 constituiu 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 nº 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 ser 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 desses povos tem sua própria maneira de entender e de 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 a 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, em 12 dos quais, a Fundação Nacional do Índio - FUNAI vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Além disso, há também aqueles, como os Potiguara, os Guarani e os 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 no 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 vive no Centro-Oeste e no 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% em 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, e em alguns deles o número de indivíduos reduziu-se 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 por 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 como o 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 às aquelas 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 do

tratamento frequente pelos doentes 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, dos quais, 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 a prevenção da doença, bem como as limitações de ordem linguística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a ser 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 à DST, cofator que potencializa a infecção 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; e
- 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 etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando à racionalização e à qualificação de medidas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativas

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 da Saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. As Comissões Intergestores Bipartites 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, a qualificação e o 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 dessa 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 polos 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 deverá ser resolvida 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, contrarreferência 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 Sistema Único de Saúde. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em Municípios de referência dos distritos tomando-se por base a 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 serviços 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, de 1996), 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 os 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, de 20 de dezembro de 1996.

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 dessa 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. Esses 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, ele repassará essas 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 a 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 ser 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 à 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 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 da 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 valer-se, 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 farmacopéia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos à 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 farmacopéia 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.

Essas 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: 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 dessas 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; e

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 nº 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 nº 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, tem 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 a 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, de 1990, 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, prevista neste Regulamento.

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 desse 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 interssetorial Deverão ser definidos mecanismos de articulação interssetorial 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 Sistema Único de Saúde - 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 nº 3.146, de 27 de agosto de 1999 (artigo 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 intersectorial e intrassetorial com as outras instâncias do Sistema Único de Saúde;

- 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 Fundação Nacional de Saúde - 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 as Municipais de Saúde 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. Dever-se-á 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 dessas 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 as 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 - CONEP foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no País. A articulação com esta Comissão visa à vigilância, ao cumprimento dos princípios da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução nº 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas, decorrentes de sua condição excepcional.

5.7 - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI/CNS O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, de organizações não-governamentais e de organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa Comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei nº 8.080, de 1990, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

6 - Financiamento As ações a ser desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementadas por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os Estados e os 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, com a situação epidemiológica e com características de localização geográfica.

ANEXO LII POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiências 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 nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, e nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - a chamada Lei Orgânica da Saúde -, bem como o Decreto nº 3.298/99.

Em seu art. 23, inciso 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 deficiência".

Já a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de 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 portadoras de deficiências, 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 portadoras de 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 deficiências, 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 o mundo, tomando-se por base a 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 portadora de 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 Assembléia Geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, referido anteriormente (Resolução nº 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 portadora de 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 essas pessoas.

No âmbito específico do setor, cabe registro a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens - CIDID, elaborada pela Organização Mundial da 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 razão 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 portadora de 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 portadoras de deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Em contraposição, 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." (Sasaki,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 às 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 portadoras de deficiências 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 portadores de doenças crônicas potencialmente incapacitantes. No Brasil, a cultura vigente e a definição legal consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com deficiências mental, motora, 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 portadoras de deficiência mental, motora, auditiva, visual e múltipla.

O dimensionamento da problemática das deficiências no Brasil, tanto em termos qualitativos quanto em termos 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 nessa área. A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer País, em tempo de paz, seja portadora de algum tipo de deficiência, das quais: 5%, de deficiência mental; 2%, de deficiência física; 1,5%, de deficiência auditiva; 0,5%, de deficiência visual; e 1%, de deficiência múltipla.

Com base nesses percentuais, estima-se que, no Brasil, existam 16 milhões de pessoas portadoras de 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 portadores de 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 portadoras de deficiências 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 também a necessidade de um diagnóstico mais precoce, bem como para avaliações educacionais mais precisas, evitando-se correr o risco de enquadrar como portadores de 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 era 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, à 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 de 1991, 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 de saúde da população. As causas, assim como as consequências da deficiência, seja no nível individual do próprio portador de deficiência, 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 vasculoencefálicos, 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 sobrevivida.

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 vascular cerebral - AVC inicia-se na faixa etária dos 25 anos de idade, acentuando o seu crescimento na faixa etária dos 65 anos ou mais de idade, atingindo cerca de 44% da população nessa 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.

Sendo assim, os números sugerem que existe um grande contingente de indivíduos portadores de 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%;

seqüela de hemofilia, lesão por esforço repetitivo - LER -, insuficiências vasculares periféricas pós-trauma e cardiopatias, 23,0%; e

seqüelas 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 al., 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, dos quais 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 portadores de 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 das 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 compararem 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 em 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, no final do século passado, 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 começar dos 25 anos de idade, refletindo a importância dos acidentes, das violências e de certas doenças na gênese desta deficiência.

As pessoas portadoras de 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, de manipular objetos, de trabalhar, de 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 portador de deficiência 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 se calcula que existam de 0,6 a 0,9 pessoas cegas para cada mil habitantes, das quais 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 má-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 macular 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 portadoras de deficiência auditiva podem ter afetados 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 portadora dessa 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 essa 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%, neonatais; 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 consanguíneo; 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 neurosensorial 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. O portador dessa 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 portadores de deficiência, num período de 10 anos (1981-1990), foi detectado 654 casos (76,94%) eram de portadores de deficiência mental, 106 casos (12,47%) de portadores de deficiência motora (paralisia cerebral) e 90 casos (10,58%), de deficiência múltipla (mental e motora).

Nesse estudo, a análise da parcela de pessoas portadoras de 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, e 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 caso 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 2.500 g 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 gerar 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 o 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 tomando-se por base desvantagens e incapacidades delas decorrentes.

As pessoas portadoras de ostomias representam um segmento que pode ser classificado como 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, excluía 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 Desvantagens, 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 portadoras de deficiência que variam de 2,81%, em Brasília; 4,00%, em Taguatinga/DF; 4,30%, em Canoas/RS e 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 portadoras de 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 boa parte, sobre os governos. Isso não diminui a responsabilidade da sociedade em geral, nem dos indivíduos 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 portadora de 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 desse segmento populacional.

A situação da assistência à pessoa portadora de 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 portadoras de 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 portadoras de 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 portadoras de 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 traumatológica, 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 mais bem enquadrada e assistida valendo-se do enfoque do núcleo ou do 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 o treinamento de equipamentos individuais - órteses e próteses -, ajuda técnica e bolsas coletoras. Trata-se de uma conquista importante da pessoa portadora de deficiência, resultante das Portarias nºs 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 nº 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 essa 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: os arts. 32 a 39 do Regulamento, que inserem no Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS - o tratamento em reabilitação e seus procedimentos; os arts. 462 a 464 deste Regulamento, que incluem internação em reabilitação no SIH/ SUS; a Portaria nº 303/92 que inclui no SIA/SUS procedimentos de reabilitação; a nº Portaria 304/92, que fixa normas de procedimentos de reabilitação; a Portaria nº 306/92, que apresenta normas dos procedimentos de reabilitação; a Portaria nº 225/92, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de saúde para o portador de deficiência no SUS; a Portaria nº 116/93, que inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS; e a Portaria nº

146/93, que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando à reabilitação e à 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 portadora de 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 dessas 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 portadoras de 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 portadoras de 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 portadoras de deficiência, e considerando essa premissa, 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 portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde desse segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

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 portadoras de deficiência e a

adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte dessas 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, que 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 portadoras de deficiência;

assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência; e capacitação de recursos humanos.

3.1. Promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de 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 portadoras de 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 portadoras de 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 dessas 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 portadoras de 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 à superação de preconceitos e posturas que impeçam ou constituam obstáculos à inclusão social dessas pessoas.

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 voltados à qualidade de vida desse segmento, bem como a plena observância do arcabouço legal específico, como é o caso do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.

No âmbito do SUS em particular, buscar-se-á assegurar a representação das pessoas portadoras de 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 Portadora de Deficiência. A assistência a esse segmento pautar-se-á no pressuposto de que a pessoa portadora de 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 à sua deficiência.

Nesse sentido, a assistência à saúde do portador de 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 portadora de deficiência o qual, atualmente, estimase alcance de 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 portadora de deficiência, incluindo-se a assistência em reabilitação, deverá ser prestada observando-se os princípios da descentralização, da regionalização e da 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 strictu et 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 resolutive 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 portador de 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 portadora de 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 a dinâmica familiar envolverão 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 o portador de 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 portadora de 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 autosustentação, visando, em especial, à manutenção da qualidade de vida desse 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 portadora de 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 baseadas na comunidade. Nesse particular, ressalte-se que a inserção da assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência nas ações das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, 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 Portadoras de 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 Portadoras de Deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhadas de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos.

Esse atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da seqüela 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, em 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 às 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 nesse 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, conseqüentemente, 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 interrelação 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 a 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 clínica 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 nessa 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, conseqüentemente, 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 - RIPSAs, 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 ao 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 ao 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 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 portadoras de deficiências, 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 portadoras de deficiências. 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 pelo 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 esses 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 portadora de 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 portadora de deficiência A atenção à saúde das pessoas portadoras de 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 portadoras de 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 risco - como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo -, bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população portadora de deficiência;

- ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade de portador de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação.

Nesse nível, a intervenção de caráter individual, familiar, grupal e comunitária deverá organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado. Serão continuamente fomentados programas de reabilitação em parceria com a comunidade, nos quais os serviços respectivos e as lideranças comunitárias trabalham juntos com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão social dos portadores de deficiência. Tais medidas, definidas considerando as necessidades dos usuários,

deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersetorial e descentralizada.

As ações, por sua vez, serão desenvolvidas por familiares ou agente comunitário capacitado e supervisionado, com avaliação constante e sistematizada.

Já no nível de atenção secundária, os serviços deverão estar qualificados para atender às necessidades específicas das pessoas portadoras de deficiência, advindas da incapacidade propriamente dita.

Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros).

Nesse nível, a organização das ações comporá um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas e terá caráter complementar à atenção 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 portadora de deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa deficiente deverá, necessariamente, prover os serviços necessários de forma a mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico quanto do 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 portadora de deficiência, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a

oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

Será fundamental a articulação entre os gestores municipais visando garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às pessoas portadoras de deficiência. Nesse sentido, será igualmente estratégica a instalação de rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de serviços de reabilitação, que contemple ações de prevenção secundária, diagnóstico etiológico, sindrômico e funcional; orientação prognóstica; ações básicas e complexas de reabilitação, além daquelas voltadas à inclusão social; e

promova a interrelação dos serviços existentes. As unidades de reabilitação funcionarão na conformidade das orientações estabelecidas nas Portarias SNAS nºs 303, 304 e 306, editadas em 1993, e nos arts 462 a 464 deste Regulamento.

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

Um aspecto essencial na organização e funcionamento dos serviços será o estabelecimento de parcerias com os diversos níveis de governo, bem assim com organizações não-governamentais que 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 portadora de 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 do estadual e do 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 das pessoas portadoras de 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 portadoras de 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 portadoras de deficiência. A capacitação de agentes de saúde para a atenção ao portador de 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 do portador de 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 portadora de deficiência envolve esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa portadora de deficiência à 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 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 portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde desse segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor saúde quanto no contexto de outros setores.

Assim, nas 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 portadora de deficiência, bem como ao treinamento contínuo de equipes interdisciplinares de reabilitação;

c) a garantia de retaguarda clínica às pessoas portadoras de deficiência inscritas na rede de ensino básico, em estreita parceria com as respectivas Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde;

d) a reavaliação e adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área de saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta política;

e) a colaboração às Secretarias de Educação dos Estados e dos Municípios no treinamento e capacitação dos docentes para o trabalho com a pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua inclusão no ensino regular; e

f) a inclusão, nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde, de conteúdos relacionados à reabilitação.

B) Ministério da Previdência 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, portador de 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 portador de 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 ao portador de 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; e

f) a promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições de reabilitação e que assistem pessoas portadoras de 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 portadora de 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 aos 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, demora ou limitação dos serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais à pessoa portadora de deficiência; e

e) o provimento ao cidadão portador de deficiência, em articulação com a Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - 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 portadoras de deficiência e que eliminem, portanto, barreiras arquitetônicas e ambientais que dificultam ou impedem a independência funcional dessas pessoas;

b) a instalação de equipamentos comunitários públicos adequados à utilização da população portadora de deficiência; e

c) a promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e facilitem o deslocamento da pessoa portadora de 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 portadora de deficiência na vida socioeconômica das comunidades;

b) a promoção de cursos e de materiais informativos voltados à eliminação do preconceito em relação ao portador de deficiência destinados a empregadores; e

c) o encaminhamento das pessoas portadoras de deficiência reabilitadas pelo sistema de saúde para cursos de capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho.

F) Ministério do Esporte A parceria objetivará, em especial:

a) a implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de atividades físicas destinados às pessoas portadoras de deficiência, tendo como base o conceito de qualidade de vida e a utilização dessas medidas para a manutenção dos ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação; e

b) a promoção de turismo adaptado ao portador de 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:

a) estudos de prevalência de incapacidades;

b) validação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento da pessoa portadora de deficiência;

c) gerenciamento das informações referentes ao impacto social e funcional da reabilitação;

d) capacitação, reorganização e atualização tecnológica dos Centros de Reabilitação; e

e) avaliação da eficiência e eficácia dos modelos de atenção hospitalar, dos centros de reabilitação ambulatorial e de assistência domiciliar.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde a) implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política, bem como os planos, os programas e os projetos dela decorrentes;

b) assessorar os Estados na formulação e na implementação das 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 portadora de 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 portadora de deficiência;

f) realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico, visando ampliar o conhecimento sobre a população portadora de deficiência e subsidiar o planejamento de ações decorrentes desta Política;

g) promover a disseminação de informações relativas à saúde da pessoa portadora de deficiência, bem como de experiências bem-sucedidas em reabilitação;

h) promover processo educativo voltado à eliminação do preconceito em relação ao portador de deficiência;

i) promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação da pessoa portadora de deficiência;

j) promover mecanismos que possibilitem a participação da pessoa portadora de 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 portadora de deficiência;

l) promover o desenvolvimento de ações de reabilitação utilizando os recursos comunitários, na conformidade do modelo preconizado pelas estratégias saúde da família e de agentes comunitários;

m) promover o cumprimento das normas e padrões de atenção das pessoas portadoras de deficiência nos estabelecimentos de saúde e nas instituições que prestam atendimento a essas 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 à prevenção de deficiências;

o) promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população portadora de deficiência, mediante 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 aos Municípios na implementação das ações decorrentes desta Política; e

q) organizar e manter sistema de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa portadora de deficiência.

4.3 Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde a) elaborar, coordenar e executar a política estadual das pessoas portadoras de 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 à implementação das Políticas Nacional Estadual de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência;

d) promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução das Políticas Nacional e Estadual;

e) promover o acesso do portador de 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 portadora de 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 portadora de 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 da 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 portadora de deficiência, mediante 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 relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa portadora de deficiência;

m) promover o cumprimento das normas e padrões de atenção aos portadores de deficiência nos serviços de saúde e nas instituições que cuidam dessas pessoas; e

n) promover a organização de rede de atenção à saúde das pessoas portadoras de 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 Portadora de Deficiência, definindo componentes específicos que devem ser implementados no 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 portadora de deficiência;

d) promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e reabilitação da pessoa portadora de deficiência;

e) estimular e viabilizar a participação da pessoa portadora de deficiência nas instâncias do SUS;

f) promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para a pessoa portadora de deficiência;

g) viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias saúde da família e de agentes comunitários;

h) organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas portadoras de 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 à prevenção de deficiências;

j) promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população portadora de 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 portadora de deficiência;

m) realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando à promoção da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência; e

n) apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente, de forma integrada com outras instituições que prestam atendimento às pessoas portadoras de 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, considerando as 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 portadoras de 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 nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, 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 desenvolvem processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados, de acordo com as incapacidades apresentadas pelo paciente.

Acidente vascular-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 portadores de distúrbios da comunicação, prescrição e fornecimento de próteses etc.

Ações complexas de reabilitação - ações que se utilizam de tecnologia apropriada com o objetivo de conseguir maior independência funcional do portador de 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 da 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.

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 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; a avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Cardiopatas - qualquer processo ou doença do coração.

Centros de Referência em Reabilitação - serviços do setor saúde nos quais são realizadas a reabilitação em nível terciário, as pesquisas e a capacitação de recursos humanos.

Condições funcionais - situação encontrada após a avaliação funcional.

Condutas típicas - "manifestações de comportamento típicos de portadores de 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 osteoarticular, 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.

Déficit 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 o 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 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 portadoras de 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 às alterações na hemoglobina ou alteração dos glóbulos vermelhos do sangue.

Hipertireoidismo congênito - estado funcional resultante de insuficiência de hormônios tireoídianos 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 à 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, de lazer e de autonomia.

Inteligência social - refere-se à habilidade para compreender as expectativas sociais e o comportamento de outras pessoas, bem como o 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 destinadas a possibilitar às pessoas portadoras de 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 comunicam 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 - doença provocada por 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).

Paraplégia - 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, nas crianças e nos adultos jovens, caracterizada por febre, exantema pouco intenso e linfonopatias 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 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.

ANEXO LIII

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM PSIQUIATRIA NO SUS

1. DIRETRIZES

- Consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar, articulado em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes.
- Organizar serviços com base nos princípios da universalidade, da hierarquização, da regionalização e da integralidade das ações.
- Garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial.
- Assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis.
- Assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços.
- Garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução.
- Articular-se com os planos diretores de regionalização estabelecidos pela NOAS-SUS 01/2001.
- Definir que os órgãos gestores locais sejam responsáveis pela regulamentação local que couber, das presentes normas, e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR

2.1 Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

2.2 - Determinações gerais:

2.2.1. O hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta-de-entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital;

2.2.2. está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);

2.2.3. deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;

2.2.4. deve haver registro adequado, em prontuário único, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos pacientes, ficando garantida, no mínimo, a seguinte periodicidade:

- profissional médico: 1 vez por semana;

- outros profissionais de nível superior: 1 vez por semana, cada um; e

- equipe de enfermagem: anotação diária.

2.3 - Esses serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médico-psicológica e social;

b) garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual;

c) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);

d) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);

e) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica, quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente e visando prevenir a ocorrência de outras internações;

f) essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de

cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contrarreferência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito;

g) desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência - aqueles com mais de 1 (um) ano ininterrupto de internação. O projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar;

h) desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência;

e i) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

2.4 Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento da clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura e vigilância sanitária em vigor, Portaria nº 1884/GM, de 11 de novembro de 1994, ou a que vier substituí-la, expedida pelo Ministério da Saúde.

2.5 O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas "Fowler", oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 1 carro de curativo para cada 3 postos de enfermagem ou fração; e

- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

2.6 O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, de jogos etc. com um mínimo de 40 m², mais 20 m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

2.7. Recursos Humanos Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 19 às 7 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

- Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro.

- Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:

- 1 assistente social;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 1 psicólogo; e
- 4 auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas.

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes; e
- 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá, também, compor uma das equipes básicas como psiquiatra assistente, desde que, além de seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em, pelo menos, três outros dias da semana.

A composição dos recursos humanos deve garantir a continuidade do quantitativo necessário em situações de férias, licenças e outros eventos.

ANEXO IIV

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO
COMUNICAÇÃO DE ALTA DO PACIENTE - Nº
1. ESTABELECIMENTO Nome: C.G.C.:
2. PACIENTE Nome: Pai: Mãe:

Identidade Nº: Órgão Exp.: U.F.: C.I.C.: Naturalidade: U.F.:
Nacionalidade: Data de Nasc.: Estado Civil:
Profissão: Endereço: Cidade: UF:
3. ALTA Data: Hora: C.I.D.:
Setor: Justificativa da Alta:
Médico Responsável pela Alta Assinatura e Carimbo com nº do CRM Familiar Responsável pelo paciente:
Grau de Parentesco: Identidade Nº: Órgão Exp.: U.F. Assinatura do Responsável
4. Alta solicitada por: () médico () familiar () responsável legal () outros
5. Observações:

_____, de _____ de
200_____

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, encaminhamos, dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

(timbre da instituição)]

_____, de _____ de 200__

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a internação do paciente abaixo relacionado:

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE Nº
1. ESTABELECIMENTO Nome: C.G.C.:
2. PACIENTE Nome: Pai: Mãe:
Identidade Nº Órgão exp.: U.F.: C.I.C.: Naturalidade: U.F.: Nacionalidade:
Data de Nasc.: Estado Civil: Profissão:
Endereço: Cidade: UF: Acompanhante/Responsável

Nome:
Grau de parentesco:
Endereço:
Tel.:
RG:
Assinatura:
3. INTERNAÇÃO
Data: Hora: C.I.D.:
Local:
Motivo da Internação:
Justificativa da Involuntariedade:
Motivo de discordância do paciente quanto à internação:
Antecedentes psiquiátricos:
Tempo estimado da internação (dias): () 1 a 5 () 6 a 14 () 15 a 21 () 22 a 30 () mais de 30
Médico Responsável pela Internação:
Assinatura e Carimbo com o nº do CRM
Contexto familiar:
4. Situação Jurídica do paciente: Interditado? () sim () não () informação ignorada
5. Dados sobre INSS:
Observações:

(timbre da instituição)

Local e data: _____

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 7º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, encaminhamos, dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSÍQUI			
1. ESTABELECIMENTO			
Nome:			
C.G.C.:			
2. PACIENTE			
Nome:			
Pai:			
Mãe:			
Identidade Nº:	Órgão Exp.:__	U.F.:	C.I.C.:
Naturalidade:	U.F.:	Nacionalidade:	Data de Nasc.: __/__/__
Profissão:	Endereço:	Cidade:	UF:
3. INTERNAÇÃO			
Data: __/__/__ Hora: __:__ C.I.D.:			
Setor:			
Justificativa:			
Médico Responsável:			

Assinatura e Carimbo com o nº do CRM Familiar/ Responsável pelo paciente:

Grau de Parentesco:

Identidade Nº

Órgão Exp.:

U.F:

Endereço:

tel.:

Assinatura do Responsável

4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas sobre a necessidade de internação e também sobre os meus direitos, garantidos na Lei nº 10. 216, de 6 de a

Assinatura ou polegar do paciente

5. Observações:

ANEXO LV

1. Compete ao Ministério da Saúde:

- a) instituir o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, seus princípios e diretrizes de implantação e funcionamento, estabelecendo critérios/exigências de habilitação de serviços, critérios de implantação das redes de assistência aos portadores de transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas e critérios técnicos de desenvolvimento do trabalho;
- b) atribuir à Assessoria Técnica da Secretaria de Atenção à Saúde - ASTEC/SAS/MS a coordenação do Programa em âmbito nacional;
- c) definir e implementar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas;
- d) definir e implementar planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, estabelecendo convênios de cooperação técnica com as instituições formadoras ou serviços;
- e) estabelecer as normas de funcionamento e cadastramento de serviços que integrarão as redes assistenciais;

f) articular com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal a implantação do Programa e o estabelecimento de mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

g) assessorar os Estados e o Distrito Federal na implantação, nos respectivos âmbitos de atuação, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas e na organização das respectivas Redes Estaduais;

h) utilizar os sistemas de informação epidemiológica e assistencial para constituir um banco de dados que permita acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa, definindo seus indicadores;

i) apoiar a realização de estudos de prevalência de base populacional para o conhecimento da distribuição dos pacientes portadores de transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas e outras pesquisas relevantes;

j) alocar recursos financeiros destinados ao cofinanciamento das atividades do Programa; e

l) divulgar o Programa de maneira a conscientizar e informar a população e os profissionais de saúde sobre a importância da realização das ações preventivas e assistenciais previstas no Programa.

2. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

a) elaborar, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

b) designar um Coordenador Estadual do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, em articulação com o Programa de Saúde Mental do Estado;

c) organizar e implantar rede estadual estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, identificando os serviços delas integrantes, os Centros de Atenção Psicossocial, estabelecendo os fluxos de referência e contrarreferência entre esses serviços e garantindo a execução de todas as fases do processo assistencial previsto no Programa;

- d) criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- e) definir e implementar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e drogas;
- f) definir e implementar planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos portadores de transtornos causados pelo uso abusivo de álcool e drogas;
- g) assessorar os Municípios no processo de implementação do Programa, no desenvolvimento das atividades e na adoção de mecanismos destinados ao controle, avaliação e acompanhamento do processo;
- h) alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;
- i) monitorar o desempenho do Programa em seu Estado e os resultados alcançados; e
- j) manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade.

3. Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

- a) elaborar, em parceria com a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, por intermédio da Comissão Intergestores Bipartite, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;
- b) criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) na rede estadual estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas;
- c) alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;
- d) monitorar o desempenho do Programa em seu Município e os resultados alcançados;

e) executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas;

f) executar programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas; e

g) manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS.

ETAPA DE IMPLANTAÇÃO

1 - 2002/2003 Estados/Municípios/Nº de CAPSad

Estados da Federação	Municípios	Nº de Centros
Acre	Rio Branco	1
Alagoas	Maceió	1
Amazonas	Manaus	1
Amapá	Macapá	1
Bahia	Feira de Santana	1
	Ilhéus	1
	Salvador	2
	Vitória da Conquista	1
Ceará	Caucaia	1
	Fortaleza	2
	Juazeiro do Norte	1
Distrito Federal	Brasília	2
Espírito Santo	Cariacica	1
	Serra	1
	Vila Velha	1
	Vitória	1
Goiás	Anápolis	1
	Aparecida de Goiânia	1
	Goiânia	1
Maranhão	Imperatriz	1
	São Luís	1
Minas Gerais	Belo Horizonte	2
	Betim	1
	Contagem	1
	Governador Valadares	1
	Ipatinga	1
	Juiz de Fora	1
	Montes Claros	1
	Ribeirão das Neves	1
	Uberaba	1

	Uberlândia	1
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	1
Mato Grosso	Cuiabá	1
	Várzea Grande	1
Pará	Ananindeua	1
	Belém	1
	Santarém	1
Paraíba	Campina Grande	1
	João Pessoa	1
Pernambuco	Caruaru	1
	Jaboatão dos Guararapes	1
	Olinda	1
	Paulista	1
	Petrolina	1
	Recife	1
Piauí	Teresina	1
Paraná	Cascavel	1
	Curitiba	1
	Foz do Iguaçu	1
	Londrina	1
	Maringá	1
	Ponta Grossa	1
	São José dos Pinhais	1
Rio de Janeiro	Belford Roxo	1
	Campos dos Goytacazes	1
	Duque de Caxias	1
	Magé	1
	Niterói	1
	Nova Iguaçu	1
	Petrópolis	1
	Rio de Janeiro	3
	São Gonçalo	1
	São João de Meriti	1
	Volta Redonda	1
Rio Grande do Norte	Mossoró	1
	Natal	1
Rondônia	Porto Velho	1
Roraima	Boa Vista	1
Rio grande do Sul	Canoas	1
	Caxias do Sul	1
	Gravataí	1
	Novo Hamburgo	1
	Pelotas	1
	Porto Alegre	1
	Santa Maria	1
	Viamão	1

Santa Catarina	Blumenau	1
	Florianópolis	1
	Joinville	1
Sergipe	Aracaju	1
São Paulo	Barueri	1
	Bauru	1
	Campinas	1
	Carapicuíba	1
	Diadema	1
	Embu	1
	Franca	1
	Guarujá	1
	Guarulhos	1
	Itaquaquecetuba	1
	Jundiaí	1
	Limeira	1
	Marília	1
	Mauá	1
	Moji das Cruzes	1
	Osasco	1
	Piracicaba	1
	Praia Grande	1
	Ribeirão Preto	1
	Santo André	1
	Santos	1
	São Bernardo do Campo	1
	São José do Rio Preto	1
	São José dos Campos	1
	São Paulo	3
	São Vicente	1
	Sorocaba	1
	Sumaré	1
	Suzano	1
	Taboão da Serra	1
	Taubaté	1
Tocantins	Palmas	1
TOTAL		120

ANEXO LVI

NORMAS PARA FUNCIONAMENTO E CADASTRAMENTO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS CAUSADOS PELO USO ABUSIVO E/OU DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

1 - Cadastramento

1.1 - Planejamento/Distribuição de Centros As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão estabelecer um

planejamento de distribuição regional dos Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas - CAPSad, de maneira a facilitar o acesso dos usuários e a cobertura assistencial.

Deverão, para isso, levar em conta seus respectivos quantitativos populacionais, características epidemiológicas, distribuição de serviços assistenciais, além dos quantitativos de Centros previstos e suas respectivas etapas de implantação, conforme descrito no art 456 deste Regulamento, respeitando-se os critérios técnicos e as garantias de adequado fluxo assistencial de sua rede.

1.2 - Processo de Cadastramento 1.2.1 - A abertura de qualquer dos Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas - CAPSad deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS - Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município em Gestão Plena do Sistema Municipal - sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação, o planejamento/distribuição regional e a possibilidade de cadastramento, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde, conforme já enunciado, o planejamento da rede e a definição do quantitativo de serviços necessários de acordo com os critérios estabelecidos por este Regulamento.

1.2.2 - Uma vez confirmada a necessidade do cadastramento pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS 2002.

1.2.3 - O processo de cadastramento de novas unidades e recadastramento dos CAPSad existentes deverá ser composto das seguintes etapas:

I - Requerimento dos gestores municipais, de acordo com a demanda dos CAPSad de seu Município, à Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Secretário de Estado da Saúde, cujo processo deverá estar instruído com a documentação exigida para cadastramento de serviços, acrescida de:

a) documentação da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor;

- b) projeto Técnico do CAPSad;
- c) planta Baixa do CAPSad;
- d) discriminação da Equipe Técnica, anexados os currícula vitae dos componentes; e
- e) relatório de vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

A vistoria deverá ser feita in loco pela Secretaria de Saúde, que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, normas técnicas da vigilância sanitária, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescido de parecer favorável da Secretaria de Estado da Saúde;

II - análise e parecer da Comissão Intergestores Bipartite, que poderá reprová-lo ou aprová-lo com exigências, caso em que o processo retornará ao gestor municipal para arquivamento ou adequação; e

III - remessa do processo à Assessoria Técnica - ASTEC/ SAS, que deverá emitir parecer, conforme determinado pelo art 6º da Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, caso o parecer seja favorável devendo o processo, ser encaminhado ao gestor estadual para efetivar o credenciamento.

1.3 - Exigências para Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas - CAPSad.

1.3.1 - Exigências Gerais

1.3.1.1 - Características Gerais Os Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e outras Drogas são destinados à operacionalização, execução e controle do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, na sua área de abrangência, e devem possuir as seguintes características gerais:

- a) constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

- b) sob a coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta-de-entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS, de acordo com a determinação do gestor local;
- d) coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e) supervisionar e capacitar as equipes de Atenção Básica, serviços e programas de saúde mental local, no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f) funcionar das 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21 horas; e
- h - manter de 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

1.3.2 - Os CAPSad deverão incluir as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) atividades educativas e preventivas na unidade e na comunidade;
- h) orientação profissional;

i) acolhimento/observação/repouso/desintoxicação para pacientes que necessitem de acompanhamento sem apresentar um quadro severo de abstinência ou outro problema decorrente que implique a necessidade de ser encaminhado para hospital geral;

j) encaminhamento, quando as condições clínicas o exigirem, dos pacientes para internação em hospital geral de referência devidamente acreditado pelo gestor local, e acompanhamento dos pacientes durante a internação;

Obs.: os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária e os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

1.4 - Exigências Específicas Além das exigências gerais, o Centro deverá cumprir as seguintes exigências específicas:

1.4.1 - Instalações Físicas A área física do Centro deverá se enquadrar aos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

- Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento para Técnico para Planejamento, Prorrogação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANVISA;

- Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA.

A área física deve ser adequada, convenientemente iluminada e ventilada, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com organização e segurança.

A área física deve contar, no mínimo, com:

- sala de espera e recepção;

- área de apoio administrativo;

- consultórios;

- área para atividades em grupo;

- 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso;

- refeitório; e
- posto de enfermagem.

1.4.2- Recursos Humanos - De acordo com o definido na Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

ANEXO LVII

PROGRAMA PERMANENTE DE CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA REDE DO SUS

1 - Na forma do disposto nos arts. 454 a 461 deste Regulamento, fica instituída a Primeira Etapa do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os CAPSad, na rede do SUS, do qual fazem parte o Ministério da Saúde - por intermédio da Assessoria Técnica/ASTECS, da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS, os gestores estaduais e municipais - por meio de suas áreas técnicas de saúde mental, e das instituições formadoras conveniadas para esta finalidade.

2 - Compete ao Ministério da Saúde constituir Comissão de Acompanhamento Técnico-Pedagógico, no âmbito da Assessoria Técnica da SAS - ASTECS/SAS, que examinará e aprovará as propostas de convênios de cooperação técnica com instituições formadoras, para o cumprimento das finalidades do Programa Permanente de Capacitação, bem como elaborar e aplicar instrumentos de avaliação do Programa.

3 - Compete às instituições formadoras instituir programas de capacitação, destinados a profissionais em atividade ou direcionados para atuarem nos CAPSad, nas seguintes modalidades de treinamento:

3.1 - Curso de Especialização, com 360 horas, de características multidisciplinares, para profissionais universitários, selecionados entre aqueles em atividade ou direcionados para os CAPSad;

3.2 - Curso de Atualização, com 110 horas, para profissionais universitários ou de nível médio, selecionados entre aqueles em atividade ou direcionados para atuarem nos CAPSad; e

3.3 - Cursos de Informação Técnica, com no mínimo 40 horas, com conteúdos definidos segundo as necessidades da rede local ou regional de serviços de saúde do SUS, para profissionais universitários ou de nível médio, selecionados entre aqueles em atividade ou direcionados para atuarem nos CAPSad.

4 - Os Centros de Referência deverão ser credenciados por meio de convênio com o Ministério da Saúde, sob os seguintes valores para financiamento das atividades e limites de clientela-alvo:

4.1 - Curso de Especialização - R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais), máximo de 50 (cinquenta) alunos;

4.2 - Curso de Atualização - R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), máximo de 50 (cinquenta) alunos por curso.

ANEXO LVIII

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

1 - Propósito Contribuir para o controle e/ou a redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira.

2 - População-alvo 100% da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas.

3 - Linhas de ação 3.1 - Elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional.

A unidade ou serviço executor das ações deverá desenvolver um elenco de procedimentos necessários ao atendimento no nível da Atenção Básica e do mínimo da assistência no nível da média complexidade (conforme a NOAS/SUS em seu Anexo III do Anexo II deste Regulamento - Grupo 7).

3.1.1. Ações de Atenção Básica de acordo com o Anexo 1 do Anexo II deste Regulamento - da Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS-SUS).

a) Controle de tuberculose - Busca de casos de tuberculose, identificando o sintomático respiratório (SR); examinar com baciloscopia o sintomático respiratório (SR); notificar os casos novos descobertos na ficha de notificação do Sinan).

- Tratamento (iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos os casos diagnosticados; oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados; registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose; acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos).

- Proteção dos sadios (examinar contactantes; realizar PPD quando indicado; realizar Raios X quando indicado; fazer quimioprofilaxia quando indicado; desenvolver ações educativas).

b) Controle de hipertensão e diabetes - Ações de promoção e assistência à saúde visando ao acompanhamento clínico e à adoção de hábitos saudáveis de vida (cessação do hábito de fumar, diminuição do estresse, combate ao sedentarismo e ao alcoolismo).

c) Dermatologia sanitária - hanseníase - Busca ativa de casos (identificação de sintomático dermatológico).

- Diagnóstico clínico (exame de sintomáticos dermatológicos para diagnóstico de hanseníase ou outras dermatoses de interesse sanitário; coleta de material para baciloscopia direta, para pesquisa de Baar; encaminhamento, para centro de referência, de casos que necessitem de esclarecimento diagnóstico).

- Cadastramento dos portadores (notificação e dados de acompanhamento de casos de hanseníase).

- Tratamento supervisionado dos casos de hanseníase (consulta mensal para a dose supervisionada, avaliação dermatoneurológica, dispensação de medicação, curativos, atendimento de intercorrências, aplicação de técnicas simplificadas de prevenção e tratamento de incapacidades físicas, encaminhamento do paciente, sempre que for necessário para atendimento de maior complexidade).

- Tratamento de outras dermatoses (dispensação de medicação ou realização de outros procedimentos adequados ao caso, realização de medidas preventivas).

- Realização de exame de comunicantes do caso de hanseníase (notificação do caso e informação ao Município de residência para realização de exame de comunicantes dos familiares do caso, pelo PACS/PSF, rotina de busca de sintomáticos dermatológicos no presídio).

d) Saúde Bucal - Orientação sobre higiene bucal e autoexame da boca.

- Consulta odontológica - 1ª consulta.

- Aplicação terapêutica intensiva com flúor - por sessão.

- Controle de placa bacteriana.

- Escariação (por dente).
- Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemiarcada).
- Curetagem supragengival e polimento dentário (por hemiarcada).
- Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente).
- Capeamento pulpar direto em dente permanente.
- Pulpotomia ou necropulpectomia em dente permanente.
- Restauração em dente permanente.
- Exodontia de dente permanente.
- Remoção de resto radicular.
- Tratamento de alveolite.
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência.

e) Saúde da Mulher - Realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama.

3.1.2. Ações de média complexidade conforme o Anexo III do Anexo II deste Regulamento - Grupo 7 da NOAS/SUS:

- terapias em grupo executadas por profissional de nível superior; e
- terapias individuais executadas por profissional de nível superior.

3.1.3 Ações complementares a) Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/Aids.

- Ações de coleta para o diagnóstico do HIV.
- Distribuição de preservativos para as pessoas presas e servidores.
- Ações de redução de danos nas unidades prisionais.
- Elaboração de material educativo e instrucional.

- Fornecimento de medicamentos específicos para a Aids e outras DST.

- Ações de diagnóstico e tratamento das DST segundo a estratégia de abordagem sindrômica.

- Ações de vigilância de Aids, HIV e DST.

- alimentação do SICLOM e SISCEL (respectivamente, Sistema Integrado de Controle de Medicamentos e Sistema Integrado de Controle de Exames Laboratoriais).

b) Atenção em Saúde Mental:

- ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento;

- atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrentes do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.

c) Protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos por ocasião do ingresso da pessoa presa no Sistema:

- aconselhamento em HIV/DST/Aids e hepatites;

- diagnóstico de hipertensão arterial;

- diagnóstico de diabetes;

- identificação de sintomáticos dermatológicos;

- identificação de sintomáticos respiratórios;

- avaliação e orientação para o planejamento familiar;

- imunização contra hepatite B.

d) Agentes Promotores de Saúde:

Até 5% das pessoas presas atuarão como agentes promotores de saúde. Os presos agentes promotores de saúde terão as seguintes atribuições:

- promoção da saúde e prevenção de doenças de maior prevalência;

- identificação e comunicação à equipe de saúde dos agravos e/ou problemas que possam ser detectados durante a sua atividade educativa;
- acompanhamento de tratamentos de longa duração, tais como os de tuberculose, Aids e diabetes, entre outros, verificando as condições de adesão, abandono e as inadequações.

3.2. Referências para média e alta complexidade As referências para a assistência de média e alta complexidade deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada PPI, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

3.3. Programa de Imunizações As coordenações estaduais e/ou municipais de imunizações, responsáveis pela operacionalização das ações neste âmbito, deverão garantir o atendimento no Sistema Penitenciário.

3.4. Aquisição de medicamentos A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME deverá ser o instrumento de referência para a definição das listas de medicamentos a ser utilizadas pelo sistema penitenciário estadual.

A programação para a aquisição de medicamentos será feita mediante os seguintes procedimentos:

- padronização de tratamentos para as doenças prevalentes (consensos terapêuticos definidos pelo MS);
- cadastro de pacientes (tuberculose, hanseníase, DST/Aids, hipertensão, diabetes, entre outros).

Para a aquisição dos medicamentos, poderá ser articulada parceria com os laboratórios oficiais em relação àqueles produtos fabricados por esses laboratórios e, para os demais itens, por meio de processo licitatório.

Para as atividades relativas à assistência farmacêutica, cada Estado contará com um profissional farmacêutico responsável.

4. Resultados esperados e metas Resultado 1. Implantação de ações de assistência à saúde que compõem o elenco mínimo referido no item 3.1, relativos à saúde bucal, saúde da mulher, DST/HIV/Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, aquisição e controle de medicamentos, imunizações e exames laboratoriais.

Metas Saúde bucal:

- 100% da população carcerária esclarecida e orientada sobre os autocuidados em higiene bucal e sobre a importância do autoexame da boca como medida preventiva e de diagnóstico precoce do câncer bucal.

Saúde da mulher:

- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama;

- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para diagnóstico e tratamento das DST/Aids;

- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, da assistência à anticoncepção;

- implantação, em 100% das unidades penitenciárias que atendem à população feminina, da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco no primeiro ano do Plano;

- implantação da imunização das gestantes em 100% das unidades penitenciárias;

- implantar a assistência à puerpéria em 100% das unidades penitenciárias;

- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações educativas sobre pré-natal, parto, puerpério, anticoncepção, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, e doenças sexualmente transmissíveis;

- garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com câncer cérvico-uterino e de mama atendidas em 100% das unidades penitenciárias;

- garantia do acesso das gestantes de 100% das unidades penitenciárias, para o atendimento de intercorrências e parto.

DST/HIV/Aids e hepatites.

- 100% das pessoas presas na porta-de-entrada aconselhadas em DST/HIV/hepatites;

- oferta de exame a 100% da população na porta-de-entrada;

- diagnóstico do HIV em 100% de casos suspeitos, história de risco, manifestação clínica associada à presença de infecções oportunistas;

- tratamento do HIV em 100% dos casos diagnosticados;
- tratamento das DST em 100% dos casos diagnosticados, segundo a abordagem sindrômica;
- distribuição de preservativos a 100% das pessoas presas e a 60% dos servidores prisionais;
- oferta de kit de redução de danos, segundo a demanda.

Saúde mental:

- implantação de Programas de Atendimento Psicossocial, nas unidades prisionais, capazes de contribuir para a prevenção e a redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento em 40% das unidades prisionais nº 1º ano, 60% nº 2º ano, 80% nº 3º ano e 100% nº 4º ano;
- atendimento de situações de grave prejuízo à saúde decorrentes do uso de álcool e drogas, na perspectiva de redução de danos em 40% das unidades prisionais nº 1º ano, 60% nº 2º ano, 80% nº 3º ano e 100% nº 4º ano.

Tuberculose:

- implantação de ações de controle da tuberculose (TB) em 100% das unidades penitenciárias;
- diagnóstico de 100% dos casos existentes;
- cura de pelo menos 85% dos casos novos descobertos.

hipertensão e diabetes:

- cadastramento de 100% dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, garantindo acompanhamento clínico e tratamento para 100% dos casos.

hanseníase:

- implantação de ações de controle de hanseníase e outras dermatoses de interesse sanitário em 100% das unidades prisionais;
- diagnóstico de 100% dos casos existentes;
- tratamento de 100% dos casos de hanseníase e outras dermatoses;

- cura de 100 % dos casos em tratamento.

Aquisição e controle de medicamentos:

- garantia e disponibilidade de 100% do elenco definido por unidade prisional, de forma contínua, regular e oportuna.

Imunizações:

- garantir a oferta de imunizantes a 100% dos funcionários e voluntários que prestam serviços no sistema penitenciário brasileiro, com todos os produtos recomendados pelo MS para uso em cada situação epidemiológica específica;
- garantir a oferta de imunizantes a 100% dos detentos do sistema penitenciário brasileiro, com todos os produtos recomendados pelo MS para uso em cada situação epidemiológica específica;
- vacinação contra hepatite B de 100% das pessoas presas, nas unidades ambulatoriais;
- vacinação contra hepatite B de 100% dos servidores prisionais.

Exames laboratoriais:

- garantia da coleta de material para exames.

Resultado 2. Garantia de espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações de saúde.

Metas:

- 100% das unidades prisionais.

Resultado 3. Implantação de ações de promoção da saúde que garantam alimentação adequada, atividades físicas, garantia de condições salubres de confinamento, acesso a atividades laborais.

Metas:

- 100% das unidades prisionais com cardápio definido;
- 100% das unidades prisionais em condições salubres, particularmente no que diz respeito a banheiros, cozinha e espaço de lazer.

Resultado 4. Organização do sistema de informação em saúde da população penitenciária.

Metas:

- cadastramento de 100% da população prisional;
- geração de 80% de cartões SUS definitivos;
- utilização do número do cartão de saúde para 100% dos prontuários;
- cadastramento de 100% da população prisional no SICLOM.

Resultado 5. Organização de um plano de capacitação e educação permanente das equipes de atendimento e dos agentes promotores de saúde.

Metas:

- 100% das equipes resolutivas dentro do nível de complexidade proposta;
- 100% dos agentes promotores de saúde sensibilizados para ações de promoção de saúde;
- 100% de servidores prisionais sensibilizados para ações de promoção de saúde;
- ampliação dos conteúdos de saúde nos cursos mantidos pelas instâncias formadoras do Sistema Penitenciário.

Resultado 6. Garantia da composição de equipe mínima de profissionais para o atendimento de até 500 pessoas presas.

Metas:

- 100% das unidades prisionais cobertas;
- incentivo, em 100% das unidades prisionais, de parcerias com instituições da sociedade civil para orientação em saúde dos familiares da pessoa presa.

Resultado 7. Estabelecimento de fluxo de referência/contrarreferência para média e alta complexidade (conforme PPI estadual).

Metas:

- fluxo estabelecido em 100% dos Municípios com unidades prisionais;

- pactuações definidas para a testagem do HIV, tuberculose e hepatites.

5. Sistema de informação 5.1. CNES e SIA/SUS - os serviços de saúde existentes nos presídios, penitenciárias, colônias agrícolas ou manicômios judiciários serão cadastrados no CNES;

- as equipes de atenção à saúde nesses estabelecimentos serão compostas de: médico, enfermeira, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e Auxiliar de Consultório Dentário - ACD;

- para identificar esses estabelecimentos, será criado no CNES e no SIA o Serviço Atenção à Saúde no Sistema Prisional com duas classificações: A- Em Presídio, B - Em Manicômio;

- os estabelecimentos com menos de 100 presos não terão equipes exclusivas, podendo os profissionais designados estar atendendo na rede, com pelo menos um atendimento semanal no presídio, caso em que o tipo do estabelecimento será Posto de Saúde, nível hierárquico 1, oferecendo o serviço acima citado com a respectiva classificação;

- os estabelecimentos com mais de 100 presos terão equipes permanentes com 20 horas semanais, serão classificados com o tipo Centro de Saúde, nível hierárquico de 1 a 3, de acordo com sua complexidade, oferecendo o serviço acima citado com a respectiva classificação.

- para cadastrar o Serviço de Atenção à Saúde no Sistema Prisional será obrigatório ter cadastrado nas fl. 8 do CNES todos os profissionais exigidos para compor a equipe mínima citada anteriormente;

- os estabelecimentos terão códigos do CNES e apresentarão BPA com a produção dos serviços realizados no sistema penitenciário, seguindo o mesmo cronograma dos demais prestadores do SIA.

As unidades ambulatoriais especializadas e as unidades hospitalares próprias do sistema penitenciário deverão ser credenciadas no SUS.

5.2. Cartão SUS O cadastramento das pessoas presas será baseado na sistemática do Cartão Nacional de Saúde. Para isso, serão utilizados mesmos instrumentos que já estão em uso nos

Municípios: o formulário de cadastramento, o manual e o aplicativo CadSUS.

Na ficha de cadastro individual de usuários, é obrigatório preenchimento do campo "ocupação", seguido da codificação segundo o CBO-R. No caso das pessoas presas, todas devem ser cadastradas como dependentes econômicos, código XX3.

A apresentação de um dos documentos a seguir, é imprescindível para validação do cadastro e posterior emissão do cartão:

certidão de nascimento, certidão de casamento, certidão de separação ou divórcio, carteira de identidade.

No caso dos usuários que não apresentarem nenhum documento que possa validar o cadastro, será gerado um número provisório pelo próprio Sistema CadSUS, a partir do número do prontuário penitenciário, e poderá ser feito por meio do preenchimento campo "Uso municipal", já existente no formulário.

O fluxo proposto para os Municípios, de modo geral, iniciase no preenchimento manual da ficha, digitação por técnico capacitado no programa CadSUS e encaminhamento para o DATASUS.

Para o Sistema Prisional, as fichas em papel devem ser preenchidas pelos responsáveis em cada unidade prisional e repassadas ao Município para processamento, que se responsabilizará pelo encaminhamento ao DATASUS.

5.3. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB O monitoramento e a avaliação das ações de saúde pertinentes aos planos operativos estaduais deverão ser realizados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou transitoriamente pelo SIA/SUS.

5.4. A não-alimentação dos Sistemas de Informação, por período de 2 (dois) meses consecutivos, ou 3 (três) meses alternados, durante o ano, implicará a suspensão da transferência do Incentivo para a Atenção da Saúde no Sistema Penitenciário.

5.5. Prontuário O registro das condições clínicas e de saúde dos presos deverá ser anotado e acompanhado por prontuário, o qual deverá acompanhar o preso em suas transferências e sob a responsabilidade dos serviços de saúde das unidades prisionais. O modelo de prontuário a ser adotado será de responsabilidade estadual.

5.6. Sistema Informatizado de Medicamentos de Aids - SICLOM/ SISCEL Deverá ser pactuado, entre os serviços de saúde das unidades prisionais e a respectiva Secretaria de Estado de Saúde, o fluxo informações sobre os medicamentos de Aids e o cadastro do paciente.

Nos Municípios onde esse sistema ainda não foi implantado, o cadastramento deverá ser feito pela unidade de saúde prisional.

6. Recursos humanos 6.1. Composição de equipe mínima a) Profissionais por equipe: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e atendente consultório dentário, com jornada de 20 horas semanais, para atenção a até 500 pessoas presas.

b) Nos presídios em que já houver quadro de saúde, a equipe será complementada.

c) O piso salarial para os profissionais deverá respeitar política de recursos humanos estabelecida em cada unidade federada.

6.2. Plano de capacitação a) Estabelecimento de programas de capacitação dos profissionais de saúde, dos servidores prisionais e dos agentes promotores de saúde.

b) Garantia da participação da sociedade civil, estabelecendo parcerias com instituições para orientação em saúde dos familiares pessoa presa.

7. Estrutura física e equipamentos A estrutura física e os equipamentos mínimos dos ambulatórios para atendimento deverão observar o disposto nos Anexos e B deste Plano.

8. Operacionalização 8.1. Financiamento As ações de saúde, a ser desenvolvidas no âmbito do sistema penitenciário, terão financiamento, de forma compartilhada, entre setores da saúde e da justiça. Para a execução das ações, serão utilizados recursos do Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, de que trata o art. 470 deste Regulamento.

As ações de média e alta complexidade, bem como os medicamentos de alto custo deverão ser objeto de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, devendo estar incluídos na Programação Pactuada Integrada - PPI.

8.2. Gestão e gerência A Gestão e a gerência do Plano serão pactuadas no âmbito de cada unidade federada, por intermédio

da Comissão Intergestores Bipartite e entre gestores estaduais de saúde e justiça e gestores municipais de saúde.

8.3. Do controle social Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde deverão acompanhar as atividades desenvolvidas, mediante a avaliação cumprimento dos compromissos estabelecidos no Plano Estadual Operativo.

8.4. Competências Ministério da Saúde:

- gestão deste Plano em âmbito federal;
- cofinanciamento da atenção à saúde da população penitenciária;
- prestar assessoria técnica aos Estados no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais;
- monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas tendo como base o Plano Operativo Estadual;
- elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a ser realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS;
- padronização das normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades prisionais; e
- organização e controle do sistema de informação em saúde da população penitenciária, em colaboração com o Ministério da Justiça;
- participar e apoiar tecnicamente o Ministério da Justiça no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infraestrutura dos ambulatórios de saúde das unidades prisionais, compreendendo instalações físicas e equipamentos;
- apoiar a Secretaria de Estado de Saúde no treinamento e capacitação dos profissionais das equipes de saúde; e
- apoiar a Secretaria de Estado de Saúde na definição dos serviços e na organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade.

Ministério da Justiça:

- cofinanciamento da atenção à saúde da população penitenciária;
- repasse de informações atualizadas ao Ministério da Saúde acerca da estrutura, número de pessoas presas e classificação dos estabelecimentos penitenciários;
- financiamento da adequação do espaço físico para os serviços de saúde nas unidades prisionais e aquisição de equipamentos;
- participação na organização e implantação dos sistemas de informação em saúde a ser utilizados.

Secretarias Estaduais de Saúde:

- elaboração do Plano Operativo Estadual;
- participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano;
- organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade;
- capacitação das equipes de saúde das unidades prisionais;
- prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais;
- monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas tendo como base o Plano Operativo Estadual;
- elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a ser realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS; e
- padronização das normas de funcionamento dos ambulatórios e demais serviços de saúde prestados diretamente pelo Sistema Penitenciário.

Secretarias Estaduais de Justiça ou correspondentes:

- participação na elaboração do Plano Operativo Estadual;
- participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano;

- adequação do espaço físico para a unidade de saúde e aquisição de equipamentos;
- execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito da Atenção Básica em todas as unidades penitenciárias sob sua gerência; e
- contratação e/ou complementação salarial das equipes de saúde atuantes no Sistema Penitenciário.

Secretarias Municipais de Saúde:

- participação na elaboração do Plano Operativo Estadual;
- participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano;
- contratação e controle dos serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população penitenciária;
- capacitação das equipes de saúde das unidades prisionais;
- monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas tendo como base o Plano Operativo Estadual;
- participar da elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a ser realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS; e
- execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

9. Critérios para habilitação de Estados e Municípios ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário:

- formalização e envio do Termo de Adesão ao Ministério da Saúde;
- apresentação do Plano Operativo Estadual ao Conselho Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite;
- envio, pelas Secretarias de Estado de Saúde, do Plano Operativo Estadual ao Ministério da Saúde;
- credenciamento dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais de saúde das unidades prisionais, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

- aprovação dos Planos Operativos Estaduais, pelo Ministério da Saúde, como condição para que os Estados e os Municípios recebam o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

e - publicação no Diário Oficial da União da portaria de habilitação.

ANEXO

A Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Padronização física da unidade de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento de até 500 pessoas presas.

AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	OBSERVAÇÕES
Consultório médico/psicólogo	7,5 m ²	Lavatório
Consultório odontológico	9,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem
Sala de coleta de material para laboratório	3,6 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem. Exaustor dotado de filtro e peça de
		descarga para proteção contra chuva, (pode ser estudada grade de segurança.) A porta da sala deve ter uma tomada de artipo grelha ou veneziana de simples deflexão para providenciar ar de reposição para o ar que está sendo exaurido).
Sala de curativos/suturas / vacinas e posto de enfermagem	12,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem. Visão dos leitos de observação
		1 maca de procedimentos.1 mesa (para relatórios) 1 hamper de lixo.1 hamper de roupa suja
Cela de observação	9,0 m ²	Lavatório. 2 celas no mínimo com um leito cada uma com visão do posto de enfermagem
Sanitário para pacientes	1,6 m ²	Comum às celas. Dimensão mínima = 1,2 m.
Farmácia	1,5 m ²	Área para armazenagem de medicamentos e material. Pode ser um armário com chave sobre ou sob a bancada do posto de enfermagem
Central de Material Esterilizado/simplificada - Sala de	la- 9,0 m ²	- Vestiário: barreira às salas de esterilização e de lavagem e descontaminação

vagem e		
descontaminação - sala de esterilização- Vestiário		- Guichê entre as duas salas. Pia de despejo com válvula de descarga e
		pia de lavagem na sala de lavagem, comum aos consultórios e à sala de curativos.
Rouparia		Armário para guarda de roupa limpa.
DML	2,0 m ²	Depósito de material de limpeza com tanque.
Sanitários para equipe de saúde	1,6 m ² (cada um)	1 masculino e 1 feminino.

Observações:

1. **PROJETOS FÍSICOS:** devem estar em conformidade com a Resolução ANVISA RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002;
2. **ACESSOS:** o estabelecimento deve possuir acesso externo facilitado para embarque e desembarque em ambulância. O trajeto desse acesso até a unidade de saúde do estabelecimento deve ser o mais curto e direto possível.
3. **CORREDORES:** os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,0 m para distâncias maiores que 11,0 m, e 1,20 m para distâncias menores, não podendo ser utilizados como áreas de espera. No caso de desníveis de piso superiores a 1,5 cm, deve ser adotada solução de rampa unindo os dois níveis.
4. **PORTAS:** todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 m (vão livre) x 2,10 m, inclusive sanitários.

Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/macas, ou seja, as portas das salas de curativos e das celas de observação devem ter dimensões mínimas de 1,10 m (vão livre) x 2,10 m.

5. **ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO:** os consultórios e as celas de observação devem possuir ventilação e iluminação naturais.

A sala de coleta deve possuir ventilação natural.

6. **LAVAGEM DE ROUPAS:** toda a roupa oriunda da unidade de saúde do estabelecimento deve ser lavada em uma lavanderia do

tipo "hospitalar", conforme previsto da Resolução ANVISA RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou ser totalmente descartável.

7. LAVATÓRIOS/PIAS: todos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Para a sala de suturas deve existir, além do sabão citado, provisão de antisséptico junto às torneiras de lavagem das mãos.

8. RALOS: todas as áreas "molhadas" da unidade devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável. É proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados ou tratados.

9. MATERIAIS DE ACABAMENTO: os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos dos ambientes devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2ª edição, Ministério da Saúde / Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, Brasília-DF, 1994, ou o que vier a substituí-lo. Devem ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza frequente. Os materiais, cerâmicos ou não, não podem possuir índice de absorção de água superior a 4% individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que, o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares, é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos. As tintas elaboradas à base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas "molhadas", podem ser utilizadas tanto nas paredes, tetos, quanto nos pisos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel. Quando utilizadas no piso, devem resistir também à abrasão e aos impactos a que serão submetidas. O uso de divisórias removíveis não é permitido, entretanto, paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que, quando instaladas, tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual citado. Na farmácia e na rouparia, as divisórias podem ser utilizadas se forem resistentes ao uso de desinfetantes e à lavagem com água e sabão. Não deve haver tubulações aparentes nas paredes e nos tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um material resistente a impactos, à lavagem e ao uso de desinfetantes.

10. RODAPÉS: a execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado, além de serem de difícil execução ou mesmo impróprios para diversos tipos de materiais utilizados para acabamento de pisos, pois não permitem o arredondamento, em nada facilitam o processo de limpeza do local, quer seja ele feito por enceradeiras quer mesmo por rodos ou vassouras envolvidos por panos. Especial atenção deve ser dada à união do rodapé com a parede, de modo que os dois estejam alinhados, evitando-se o tradicional ressalto do rodapé que permite o acúmulo de pó e é de difícil limpeza.

11. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES: devem ser adotadas medidas para evitar a entrada de animais sinantrópicos nos ambientes da unidade, principalmente quando se tratar de regiões onde há incidência acentuada de mosquitos, por exemplo.

12. INSTALAÇÕES:

12.1. Esgoto: caso a região onde o estabelecimento estiver localizado tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante da unidade de saúde e mesmo do estabelecimento prisional pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos etc. (se for o caso).

12.2. Água: o reservatório d'água deve ser dividido em dois para que seja feita a limpeza periódica sem interrupção do fornecimento de água.

12.3. Elétrica: todas as instalações elétricas devem ser aterradas.

12.4. Combate a incêndios: o projeto deve ser aprovado pelo corpo de bombeiros local.

13. PROGRAMA FUNCIONAL: qualquer outro ambiente não definido neste programa mínimo poderá ser agregado desde que justificado pelas necessidades de demanda ou especificidades do estabelecimento prisional. Para a verificação das dimensões e características dos ambientes a ser acrescentados, deve-se verificar a Resolução da ANVISA RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

ANEXO B

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

Equipamentos necessários para os serviços de saúde nas unidades prisionais:

Microcomputador compatível com Pentium 3 - 800 MHZ

Frigobar para armazenamento de material biológico coletado para exames laboratoriais.

2 mesas tipo escritório

6 cadeiras

1 mesa ginecológica (em presídios femininos)

1 escada com dois degraus

1 foco com haste flexível

1 esfignomanômetro adulto

1 estetoscópio

1 estetoscópio de pinar (em presídios femininos)

10 espéculos Collin pequenos (em presídios femininos)

15 espéculos Collin médios (em presídios femininos)

5 espéculos Collin grandes (em presídios femininos)

1 fita métrica flexível inelástica (em presídios femininos)

2 braçadeiras (em presídios femininos)

1 balança antropométrica adulto

1 mesa de instrumentos

1 carrinho de curativo

1 histerômetro (em presídios femininos)

1 recipiente para esterilização de instrumentos

1 espátula HAYRE (em presídios femininos)

2 caixas térmicas para transporte de material biológico

1 autoclave vertical cap. 12 l.

1 balde com pedal

1 banqueta giratória cromada

1 armário vitrine

1 lanterna clínica para exame

1 negatoscópio

1 oftalmoscópio com otoscópio

1 cuba retangular com tampa

1 suporte para soro

1 glicosímetro

1 tesoura SIMS reta

1 tesoura MAYO reta 14 cm

2 porta-agulhas HEGAR

6 pinças HALSTEAD (mosquito)

6 pinças KELLY retas

6 pinças Pean

6 pinças KOCHER retas

6 pinças KOCHER curvas

6 pinças FOERSCHER (coração)

20 pinças cheron, 25 cm (em presídios femininos)

10 pinças de Pozzi ou Museaux 25 cm (em presídios femininos)

2 tambores médios

6 cubas redondas

6 cubas retangulares

6 cubas rim

cubas para solução

frascos e lâminas de ponta fosca (em presídios femininos)
- Equipamentos Odontológicos:
amalgamador
aparelho fotopolimerizador
cadeira odontológica
compressor
equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)
estufa ou autoclave
mocho
refletor
unidade auxiliar
Instrumental Odontológico Mínimo (em quantidade proporcional ao número de atendimentos diários previstos):
alveolótomo
aplicador para cimento (duplo)
bandeja de aço
brunidor
cabo para bisturi
cabo para espelho
caixa inox com tampa
condensadores (tamanhos variados)
cureta de periodontal tipo Gracey (vários números)
curetas alveolares
elevadores (alavancas) para raiz adulto
escavador de dentina (tamanhos variados)
esculpidor Holleback
espátula para cimento
espelho odontológico
fórceps adulto (vários números)
frascos Dappen de plástico e de vidro
lâmparina
lima óssea
pinça Halstead (mosquito) curva e reta
pinça para algodão
placa de vidro
porta-agulha pequeno
porta-amálgama
porta-matriz
seringa Carpule
sindesmótomo
sonda exploradora
sonda periodontal milimetrada
tesoura cirúrgica reta e curva
tesoura íris
tesoura standard

ANEXO LIX

PLANO OPERATIVO ESTADUAL

Atenção Integral à Saúde da População Prisional

O presente Plano Operativo Estadual tem por objetivo estabelecer as metas gerais e específicas no Estado de com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população prisional.

1. Operacionalização

1.1. Gestão do Plano (descrição sucinta de como a SES pretende gerir o Plano):

1.2. Gestão e gerência das ações e serviços de saúde

segundo o item 8.2. do Plano Nacional de Saúde nas unidades prisionais (definição no Sistema Penite

1.3. Organização da referência e contrarreferência (descrição segundo orientação contida no item 3.

1.4. Forma de recrutamento/contratação e capacitação de recursos humanos (descrição segundo ite

1.5. Parcerias governamentais e não-governamentais previstas:

2. Metas gerais e específicas

2.1. em relação às ações do elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, pre de saúde do sistema prisional

2.1.1. saúde bucal:

2.1.2. saúde da mulher:

2.1.3. DST/HIV/Aids:

2.1.4. hepatites:

2.1.5. saúde mental:

2.1.6. tuberculose:

2.1.7. hipertensão e diabetes:

2.1.8. hanseníase:

2.1.9. aquisição e controle de medicamentos:

2.1.10. imunizações:

2.1.11. exames laboratoriais:

2.2. em relação à infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades prisionais (segundo ite

2.2.1. espaço físico:

2.2.2. equipamentos:

2.3. em relação às ações de promoção de saúde

2.3.1. alimentação adequada:

2.3.2. atividades físicas:

2.3.3. condições de salubridade:

2.3.4. atividades laborais:

2.3.5. outros

2.4. em relação à organização do Sistema de Informação em Saúde da População Penitenciária

2.4.1. cadastramento dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais de saúde das unidades prisi Estabelecimentos de Saúde (CNES):

2.4.2. SIA/SUS

2.4.3. Cartão SUS

2.4.4. SIAB

2.4.5. prontuário

2.4.6. alimentação dos sistemas de base estadual e/ou nacional:

2.5. em relação ao desenvolvimento de recursos humanos (segundo item 6.2. do Plano Nacional)

2.6. em relação à composição da equipe mínima de saúde das unidades prisionais (segundo resultado 6 do item 4 e item 6.1. do Plano Nacional)

2.7. em relação ao estabelecimento de fluxo de referência e contrarreferência para a média e alta co do Plano Nacional)

3. Cofinanciamento

3.1. Contrapartida da Secretaria de Estado da Saúde;

3.2. Contrapartida da Secretaria de Estado de Justiça;
3.3. Contrapartida das Secretarias Municipais de Saúde;
3.4. Contrapartida dos Ministérios da Saúde e da Justiça (Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário);
3.5. Contrapartida do Ministério da Saúde (kits de medicamentos básicos);
3.6. Contrapartida do Ministério da Justiça (adequação de espaço físico e aquisição de equipamentos)
4. Avaliação e Acompanhamento
4.1. Estratégia(s) de avaliação e acompanhamento do Plano Operativo Estadual.
5. Declaração de Incentivo
Declaro estar de acordo com a base de cálculo do Incentivo abaixo.
Secretário Municipal de Saúde
Secretário Estadual de Saúde

Item	Base de Cálculo	Recursos
Estabelecimento(s) prisional (ais) com até 100 pessoas presas		
Número de equipes em estabelecimentos prisionais, acima de 100 pessoas presas		

Local:

Data:

ANEXO LX

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

TERMO DE ADESÃO

A Secretaria de Saúde e a Secretaria de Justiça do Estado _____, por estarem de acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, disposto nos arts. 465 a 477 do Regulamento do SUS, formalizam o presente Termo de Adesão.

Nesse sentido, comprometem-se a formular o Plano Estadual respectivo, apresentando-o ao Conselho Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, e que deverá conter, no mínimo, os seguintes componentes:

- a) gestão do Plano;
- b) gestão e gerência das ações e serviços de saúde das unidades prisionais;
- c) organização da referência e contrarreferência;
- d) recrutamento/contratação e capacitação de recursos humanos;
- e) contrapartida estadual das Secretarias de Saúde e de Justiça (e, se for o caso, dos Municípios);
- f) resultados esperados e metas;
- g) adequação do espaço físico e aquisição de equipamentos;
- h) organização do sistema de informação; e
- i) parcerias governamentais e não-governamentais;

São as seguintes as informações gerais acerca do Sistema Penitenciário no Estado:

a) Nº de unidades prisionais:
Masculina:
Feminina:
Psiquiátrica:
Masculina:
Feminina:
b) População total prisional estimada:
Masculina:
Feminina:
Psiquiátrica:
Masculina:
Feminina:
c) Recursos Humanos disponíveis:
Médico:
Odontólogo:
Assistente Social:
Psicólogo:
Auxiliar de Enfermagem:
Auxiliar de Consultório Dentário:
Servidores do sistema penitenciário:
Data:
Secretário de Estado da Saúde Secretário de Estado da Justiça

ANEXO LXI

REGULAMENTO TÉCNICO

CAPÍTULO I

Seção I

DA ESTRUTURA DA COORDENAÇÃO DO SNT

Art. 1º A Coordenação do Sistema Nacional de Transplante CSNT, estabelecida no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, para o exercício das funções previstas nos incisos I a IX do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, articular-se-á com os outros órgãos do Ministério da Saúde com vistas a harmonizar a sua atuação com as demais políticas e programas adotados pelo Ministério.

Art. 2º Para o exercício das funções que competem ao órgão central do SNT, conforme o disposto no art. 4º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, a CNST será assistida por Grupo Técnico de Assessoramento - GTA, integrado por membros titulares e suplentes, nomeados pelo Secretário de Atenção à Saúde, para um período de dois anos.

§ 1º Incumbe ao GTA:

I - elaborar diretrizes para a política de transplantes e enxertos;

II - propor temas de regulamentação complementar;

III - identificar os índices de qualidade para o setor;

IV - analisar os relatórios com os dados sobre as atividades do SNT; e

V - dar parecer sobre os processos de cancelamento de autorização de estabelecimentos e equipes para a retirada de órgãos e a realização de transplantes ou enxertos.

§ 2º O GTA será integrado pelos seguintes membros:

I - Coordenador do SNT;

II - um representante:

a) das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO das Regiões Norte e Centro-Oeste;

- b) das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO de cada uma das Regiões, Nordeste, Sudeste e Sul;
- c) de associações nacionais e carentes de transplantes;
- d) do Conselho Federal de Medicina - CFM;
- e) do Ministério Público; e
- f) da Associação Médica Brasileira.

§ 3º Os quatro representantes das Regiões serão indicados por acordo das respectivas CNCDO.

§ 4º As reuniões do GTA serão presididas pelo Coordenador do SNT.

§ 5º Para apreciação de temas específicos, poderão integrar o GTA consultores com notório saber na área de conhecimento sobre transplantes.

§ 6º Os nomes dos consultores serão indicados pelo GTA ao Secretário de Atenção à Saúde, que os designará.

§ 7º O grupo técnico terá reuniões ordinárias semestralmente e reuniões extraordinárias sob demanda de temas específicos, convocadas pelo Coordenador do SNT ou por, no mínimo, cinco membros titulares.

Seção II

DAS COORDENAÇÕES ESTADUAIS

Art. 3º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes, integrados ao SNT, conforme o disposto no art. 5º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, deverão contar com uma Coordenação Estadual de Transplantes.

§ 1º Caberá às Coordenações Estaduais de Transplantes:

I - elaborar normas complementares a este Regulamento, de âmbito estadual;

II - autorizar a criação de CNCDO Regionais;

III - encaminhar solicitações de credenciamento das CNCDO à Coordenação do SNT, conforme o disposto no § 1º do art. 5º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997;

IV - supervisionar o funcionamento das CNCDO em sua área de atuação;

V - enviar anualmente as informações sobre as atividades relacionadas aos transplantes à Coordenação do SNT; e

VI - indicar os coordenadores intra-hospitalares de captação de órgãos, partes e tecidos.

§ 2º As atividades da Coordenação Estadual de Transplantes poderão ser delegadas, no todo ou em parte, à CNCDO.

Art. 4º Cada unidade da Federação poderá criar uma CNCDO, desde que em seu território existam equipes especializadas e estabelecimentos de saúde habilitados a efetuar diagnóstico de morte encefálica, a retirar órgãos e realizar transplantes e enxertos.

§ 1º Somente os Estados com população superior a seis milhões de habitantes poderão criar CNCDO regionais.

§ 2º A área de atuação de CNCDO Regional deve ter uma população mínima de três milhões de habitantes.

CAPÍTULO II

DO CREDENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS

Art. 5º O credenciamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos - CNCDO será concedido pela Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes, conforme o disposto nos arts 4º, inciso VIII, 5º, §§ 1º e 2º, e 29, do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

§ 1º A solicitação de credenciamento, para as finalidades constantes dos incisos I a XIII do art. 7º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, deverá conter as seguintes informações sobre a CNCDO:

I - cópia do ato de sua instituição na Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, conforme o disposto no art 5º do Decreto nº 2.268, de 1997;

II - cópia de seu estatuto ou estrutura básica, das rotinas de funcionamento e dos critérios adotados para o sistema de lista única em relação a cada tipo de órgão, parte ou tecido;

III - endereço completo de sua sede;

IV - nome e cargo do seu dirigente titular;

V - indicação dos Municípios e da respectiva população, compreendidos em sua área de atuação; e

VI - cópia do termo formal de cooperação, caso venha a atuar no território ou em parte de outro Estado.

§ 2º Qualquer alteração relativa às informações indicadas nos incisos do parágrafo anterior, devem ser comunicadas por escrito à Coordenação do SNT, no prazo máximo de trinta dias, a contar da data em que ocorreu.

CAPÍTULO III

DA AUTORIZAÇÃO PARA AS EQUIPES ESPECIALIZADAS

Seção I

DAS CONDIÇÕES GERAIS

Art. 6º A Coordenação do SNT concederá autorização às equipes especializadas para proceder à retirada de órgãos, partes e tecidos do corpo humano, transplantes e enxertos em conformidade com o disposto no caput do art. 4º, inciso IV, e no art. 29 do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

§ 1º As solicitações para autorização devem se referir às atividades de transplantes e retirada de órgãos, partes e tecidos, conjunta ou separadamente.

§ 2º As solicitações de autorização para a realização de transplantes deverão ser apresentadas separadamente para cada tipo de órgão, parte e tecido do corpo humano.

Art. 7º As autorizações para as equipes especializadas serão concedidas observado o disposto nos arts. 8º, 10 e 11 do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, se satisfeitos os seguintes requisitos:

I - indicação do responsável técnico pela equipe;

II - comprovação de experiência profissional na área, por todos os membros da equipe, com descrição do tipo de treinamento recebido;

III - declaração quanto à disponibilidade da equipe, em tempo integral, para a realização de todos os procedimentos indicados no requerimento de autorização;

IV - declaração quanto à capacidade da equipe para a realização concomitante dos procedimentos de retirada e de transplantes, se for o caso;

§ 1º Não se aplica o inciso IV deste artigo às solicitações de autorização que contemplem somente as atividades de retirada de órgãos, partes e tecidos.

§ 2º Além das exigências previstas neste artigo, as equipes especializadas devem satisfazer os requisitos específicos de cada procedimento, na conformidade das seções seguintes.

§ 3º Para as finalidades deste Regulamento, os especialistas referidos nas seções seguintes correspondem a profissionais com títulos registrados no Conselho Federal de Medicina - CFM.

Seção II

DAS CONDIÇÕES PARA A RETIRADA DE ÓRGÃOS

Art. 8º A retirada de órgãos, partes e tecidos, para a realização de transplantes ou enxertos, só pode ser realizada por equipe especificamente autorizada para esse procedimento.

Parágrafo único. A retirada de globo ocular, com finalidade de obtenção de córneas para transplantes pode ser realizada por técnicos treinados, sob a responsabilidade de Médico Oftalmologista autorizado.

Art. 9º Nos casos em que deverá atuar mais de uma equipe para proceder à retirada de órgãos, partes e tecidos de um mesmo doador, a CNCDO deverá indicar um coordenador, ao qual caberá:

I - estabelecer o horário de início da retirada e a ordem de atuação das equipes;

II - verificar as condições da recomposição do cadáver, após o término dos procedimentos de retirada, conforme o disposto no art 21 do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997; e

III - conferir o preenchimento do relatório de retirada.

Parágrafo único. Por delegação do CNCDO, outros organismos poderão indicar o coordenador das equipes de retirada.

Seção III

DAS EQUIPES ESPECIALIZADAS

Art. 10. Cada equipe de transplante, segundo a especificidade a seguir indicada, deverá ser composta, no mínimo, por:

I - a de rim:

a) dois médicos nefrologistas;

b) dois médicos urologistas;

II - a de fígado:

a) dois médicos clínicos, sendo no mínimo um gastroenterologista, ambos com treinamento formal, com duração mínima de um ano, em serviço de hepatologia e transplante de fígado;

c) dois médicos anestesistas com experiência de, no mínimo, três meses em transplantes de fígado.

III - a de pulmão:

a) dois médicos pneumologistas com treinamento formal, com duração mínima de três meses, em serviços especializados em transplantes de pulmão, nas atividades de:

1. avaliação e seleção de receptores para transplantes de pulmão;

2. atendimento de pacientes transplantados no pós-operatório imediato e tardio;

b) um cirurgião torácico, com treinamento formal, com duração mínima de um ano, em cirurgia brônquica e traqueal, realizada em serviço especializado em transplante de pulmão;

c) um cirurgião cardiovascular;

d) dois anestesistas, com treinamento formal, com duração mínima de seis meses, em serviço especializado em transplantes de pulmão, nas atividades de bloqueio brônquico, intubação seletiva de brônquicos, monitoração hemodinâmica invasiva;

e) dois médicos perusionistas;

f) dois médicos intensivistas, com treinamento em suporte inicial pós-operatório em transplante pulmonar;

IV - a de coração:

a) dois médicos cardiologistas;

b) dois cirurgiões cardiovasculares; e

c) dois anestesistas, com experiência em cirurgia plástica;

V - a de válvulas cardíacas:

a) um médico cardiologista;

b) um cirurgião cardiovascular;

VI - a de córnea:

a) um médico oftalmologista, com treinamento formal, pelo período mínimo de seis meses nessa espécie de transplante;

VII - a de tecidos ósteo-fásquio-condro-musculares:

a) um médico ortopedista com treinamento formal, com duração mínima de seis meses, em serviço de tratamento de deformidades ósseas;

VIII - a de enxerto de pele:

a) um cirurgião plástico;

IX - a de novos tipos de transplantes ou enxertos:

a) um médico, com especialidade na área correspondente ao sistema, órgão ou tecido a ser transplantado ou enxertado; e

b) um cirurgião, com experiência de, no mínimo, seis meses em cirurgias relacionadas ao órgão ou ao tecido a ser transplantado ou enxertado, quando o procedimento for cirúrgico.

Parágrafo único. A realização de novos tipos de transplantes de órgãos, partes e tecidos deve ser precedida de:

I - aprovação do protocolo pela comissão de ética do estabelecimento de saúde; e

II - autorização da CNCDO para o procedimento.

CAPÍTULO IV

DA AUTORIZAÇÃO PARA OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Seção I

DAS CONDIÇÕES GERAIS

Art. 11. A autorização para retirada de partes do corpo humano e a realização de transplantes e enxertos será concedida pela Coordenação do SNT, aos estabelecimentos de saúde, em conformidade com o disposto no inciso IV e no caput do art. 4º e no art. 29 do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

§ 1º As solicitações para a autorização podem ser formalizadas para a realização, conjunta ou separadamente das atividades de transplante ou de retirada de órgãos, parte e tecidos.

§ 2º A cada especialidade de transplantes, segundo o órgão, parte ou tecido objeto da atividade, corresponderá a uma autorização a ser assim requerida.

Art. 12. As autorizações serão concedidas, verificando o cumprimento do disposto nos arts. 8º e 9º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, além das seguintes exigências.

I - designação de responsável técnico pelo estabelecimento;

II - comprovação da natureza jurídica do estabelecimento;

III - informação sobre a existência de convênio com o Sistema Único de Saúde;

IV - indicação das equipes especializadas de retirada ou de transplante, já autorizadas, com que pretende atuar;

V - declaração de disponibilidade de serviços, em tempo integral, para apoio às equipes especializadas e à realização dos procedimentos.

§ 1º Além das disposições deste artigo, os estabelecimentos de saúde devem satisfazer os requisitos previstos nas seções seguintes.

§ 2º Para os efeitos deste Regulamento, quanto à aplicação de requisitos mínimos aos estabelecimentos de saúde, os

transplantes e enxertos são agrupados em classes, em ordem crescente conforme o grau de diversidade dos técnicos em atividades correlatas e a complexidade de infraestrutura necessária à sua realização.

§ 3º Para cada classe, além dos requisitos mínimos estabelecidos, devem ser satisfeitos outros específicos de cada tipo de transplante ou enxerto.

Seção II

DAS CONDIÇÕES PARA A RETIRADA DE ÓRGÃOS

Art. 13 Para a realização da retirada de órgãos e tecidos o estabelecimento deverá dispor de :

I - equipe cirúrgica autorizada, com possibilidade de realizar o procedimento a qualquer hora do dia;

II - meios para a comprovação da morte encefálica, conforme disposições contidas em resolução do Conselho Federal de Medicina;

III - laboratório, com capacidade e recursos humanos aptos a realizar os exames, conforme o disposto no art. 2º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997;

IV - unidade de terapia intensiva;

V - infraestrutura hospitalar geral;

§ 1º A disponibilidade dos serviços referidos nos incisos I, II e III poderá se dar mediante a existência de instrumento formal entre o estabelecimento de saúde credenciado e terceiros que ofereçam os serviços.

§ 2º O inciso II deste artigo não se aplica aos estabelecimentos de saúde que manifestem, em seu pedido de autorização, a intenção de apenas remover órgãos, parte e tecidos de pessoas com morte decorrente de parada cardíaca irreversível.

Art. 14. A CNCDO poderá autorizar cada procedimento de retirada de órgãos, partes e tecidos, por equipe especializada, em estabelecimento de saúde, ainda não habilitado na forma deste Regulamento, na conformidade do disposto no parágrafo único do art 18 do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

CAPÍTULO V

DAS CONDIÇÕES PARA TRANSPLANTES E ENXERTOS

Seção I

DAS CLASSES DE TRANSPLANTES

Art. 15. Para efeito de exigências a ser satisfeitas, são consideradas as seguintes classes de transplantes:

I - I, de córneas e outros não especificados nos incisos seguintes:

II - II, de válvulas cardíacas, tecido ósteo-fáscio-ligamentar e pele;

III - III, de rim, fígado, pulmão e coração.

Art. 16. Conforme as classes estabelecidas no artigo anterior, o estabelecimento deve dispor de:

I - Classe I:

a) sala de cirurgia;

b) serviço de esterilização; e

c) serviço de documentação médica e de prontuários de pacientes;

II - Classe II:

a) médico responsável pelo atendimento dos pacientes durante as vinte e quatro horas do dia;

b) corpo clínico que conte com especialistas em doenças infecciosas;

c) centro cirúrgico;

d) unidade de terapia intensiva;

e) laboratório de patologia clínica e serviço de anatomia patológica;

f) banco de sangue;

g) comissão de controle de infecção hospitalar;

- h) ambulatório especializado para acompanhar os pacientes em recuperação;
- i) laboratório de análise, disponível durante as vinte e quatro horas do dia, com capacidade para identificar infecções causadas por fungos, bactérias e vírus e realizar rotina de hematologia; e
- j) farmácia com capacidade de prover medicamentos necessários aos procedimentos de transplantes e enxertos.

III - Classe III:

- a) médico plantonista durante as vinte e quatro horas do dia;
- b) corpo clínico que conte com especialistas em pediatria, nefrologia, doenças infecciosas, hemoterapia, radiologia e imunologia;
- c) equipe multiprofissional que conte, ainda, com assistentes sociais, fisioterapeutas e especialistas em saúde mental;
- d) centro cirúrgico, para a realização concomitante dos procedimentos de retirada e de transplantes;
- e) unidade de terapia intensiva;
- f) sistemas de hemodiálise;
- g) laboratório de patologia clínica;
- h) banco de sangue;
- i) radiologia convencional e vascular;
- j) ultrassonografia;
- l) emissão de controle de infecção hospitalar;
- m) ambulatório especializado para acompanhar os pacientes transplantados;
- n) laboratório de análise, disponível durante as vinte e quatro horas do dia, com capacidade de realizar dosagens de ciclosporina e identificação de infecções causadas por fungos, bactérias e vírus, exames de imunologia clínica, rotina de hematologia e gasometria;

o) serviço de anatomia patológica com capacidade para interpretar biópsia de órgãos transplantados; e

p) farmácia com capacidade de prover medicamentos necessários aos procedimentos de transplantes e enxertos.

Seção II

DAS CONDIÇÕES PARA CADA ÓRGÃO

Art. 17. Para a realização de transplante de cada órgão especificado a seguir, o estabelecimento deverá dispor de:

I - córneas a) médico oftalmologista responsável por atendimento dos pacientes durante as vinte e quatro horas do dia;

b) microscópio cirúrgico e demais equipamentos e instrumentos oftalmológicos para cirurgia e controle de qualidade das córneas;

II - válvulas cardíacas:

a) um médico hemodinamicista;

b) serviço de hemodinâmica;

c) unidade coronariana;

III - tecido ósteo-condro-fásquio-ligamentar:

a) serviço de tratamento de deformidades ósseas;

b) radiologia convencional;

c) banco de tecidos ósteo-condro-fásquio-ligamentares;

IV - enxerto de pele:

a) no mínimo, um serviço de cirurgia plástica ou de atendimento a queimados;

b) banco de pele;

V - rim:

a) unidade de hemodiálise;

b) laboratório acreditado de histocompatibilidade disponível durante as vinte e quatro horas do dia.

VII - fígado:

- a) equipe de anestesista com experiência em transplante de fígado e no atendimento de pacientes com insuficiência hepática;
- b) enfermeiros com experiência comprovada em transplantes hepáticos;
- c) laboratório de análises clínicas com capacidade de realizar provas para diagnóstico diferencial de afecções hepáticas;
- d) banco de sangue com capacidade de atender à necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados, inclusive por sistema de aférese;
- e) sistema de infusão de sangue com capacidade de vazão de até onze litros por minuto;
- f) sistema de monitorização de coagulação sanguínea;
- g) sistema de infusão controlada e aquecida de fluidos;
- h) sistema de circulação extracorpórea com bombas centrífugas;
- i) serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos nas áreas vascular e de vias biliares;
- j) sistema de hemodiálise, incluindo hemofiltração;
- l) serviço de endoscopia;
- m) serviço de ultrassonografia com medidor direcional de vazão (Doppler colorido);
- n) serviço de tomografia computadorizada;

VIII - pulmão:

- a) equipe de anestesia com experiência em cirurgia cardiotorácica, especialmente com experiência em monitorização hemodinâmica invasiva, bloqueadores brônquicos, intubação seletiva de brônquicos;
- b) presença na unidade de médico, durante as vinte e quatro horas do dia;
- c) serviço de hemodinâmica;
- d) serviço de avaliação da função pulmonar;

e) serviço de fisioterapia;

IX - coração:

a) um médico hemodinamicista;

b) serviços de diagnóstico;

c) eletrocardiografia convencional e dinâmica;

d) ecocardiografia bidimensional com medidor direcional de vazão;

e) cineangiocardiorrafia;

f) unidade coronariana;

g) serviço de emergência cardiológica funcionando durante as vinte e quatro horas do dia;

h) agência transfusional em funcionamento durante as vinte e quatro horas do dia; e

i) laboratório acreditado de histocompatibilidade disponível durante as vinte e quatro horas do dia.

§ 1º Para novos tipos de transplante e enxertos de órgãos e tecidos, o estabelecimento deverá satisfazer, no mínimo, as condições estabelecidas para a Classe II.

§ 2º Poderão ser prestados por terceiros, mediante instrumento formal com o estabelecimento, os serviços relativos a:

I - laboratório de patologia clínica;

II - anatomia patológica, com condições, no caso de transplantes da Classe II, de interpretar biópsias de órgãos implantados;

III - laboratório de análise;

IV - banco de tecidos ósteo-condro-fásquio-ligamentares;

V - banco de pele;

VI - laboratório acreditado em histocompatibilidade; e

VII - radioterapia, com condições de irradiação corporal total.

§ 3º Os serviços referidos no inciso III deverão estar disponíveis durante as vinte e quatro horas do dia, com capacidade, no caso de transplantes da Classe II, de realizar dosagens de ciclosporina, identificar infecções causadas por fungos, bactérias e vírus e efetuar exames de imunologia clínica, rotina de hematologia e gasometria.

§ 4º Os serviços referidos no inciso VI deverão estar disponíveis durante as vinte e quatro horas do dia.

CAPÍTULO VI

DA ROTINA DE AUTORIZAÇÃO

Art. 18. Caberá à Coordenação do SNT conceder as autorizações prévias às equipes especializadas e aos estabelecimentos de saúde para realizarem transplantes e enxertos de órgãos, partes e tecidos do corpo humano, conforme as disposições do art. 2º da Lei nº 9.434, de 1997, e do inciso IV do art. 4º e do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

§ 1º As solicitações de autorização devem ser encaminhadas às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, conforme o disposto no art. 13 do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

§ 2º As solicitações de autorização para as equipes especializadas e para os estabelecimentos de saúde devem conter, respectivamente, todas as informações referidas nos capítulos III e IV deste Regulamento, bem como as informações suplementares indicadas pela Secretaria Estadual de Saúde - SES.

§ 3º Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde a verificação das informações referidas no parágrafo anterior, por meio de vistorias nos estabelecimentos de saúde e contato com os membros das equipes especializadas, para emitir parecer conclusivo, assinado pelo gestor estadual, que será enviado à Coordenação do SNT.

§ 4º O SNT analisará os pedidos de autorização, podendo, para tanto, solicitar complementações das informações e fará publicar, no prazo de 30 dias, sua decisão no Diário Oficial da União.

Art. 19. Quando a solicitação for relacionada a estabelecimentos de saúde, a SES, após vistoria ao serviço e emissão de relatório detalhado contemplando a avaliação de todos os itens necessários à concessão da autorização, emitirá parecer conclusivo com relação à solicitação, devidamente assinado pelo

gestor estadual, e o encaminhará à Coordenação Nacional do SNT.

Art. 20. A Coordenação Nacional do SNT avaliará a solicitação, podendo solicitar vistoria técnica complementar e, se de acordo, expedirá a autorização por meio de publicação específica no DOU.

Art. 21. Quando a solicitação for relacionada a autorização de equipes, a SES deverá contatar toda a equipe e avaliar a sua inserção nos serviços que executarão os procedimentos, relacioná-los e, após avaliação do cumprimento de todos os itens necessários à autorização, emitirá relatório com parecer conclusivo, devidamente assinado pelo gestor estadual, que o encaminhará à Coordenação Nacional do SNT.

Art. 22. A Coordenação Nacional do SNT, após avaliação, e se de acordo, expedirá a autorização por meio da publicação específica no DOU.

Art. 23. Após a publicação, a Coordenação do SNT procederá ao cadastramento da equipe ou do estabelecimento no Sistema de Informação do SNT.

Art. 24. Qualquer alteração em relação às equipes especializadas ou aos estabelecimentos de saúde deverá ser comunicada à SES, conforme o disposto no § 1º do artigo 9º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

Parágrafo único. A SES verificará a continuidade do atendimento das disposições deste Regulamento e enviará parecer conclusivo à Coordenação do SNT para proceder à análise e publicação das decisões no DOU.

Art. 25. O processo de cancelamento de autorização para as equipes especializadas ou para os estabelecimentos poderá ser instaurado por iniciativa da:

- I - Coordenação do SNT;
- II - Secretarias de Saúde dos Estados;
- III - estabelecimentos de Saúde; e
- IV - equipes especializadas.

Parágrafo único. Sendo a iniciativa tomada pelos órgãos citados nos incisos I e II deste artigo, o processo devidamente instruído

será apresentado ao CSNT que apresentará parecer conclusivo à Coordenação do SNT.

Art. 26. As decisões da Coordenação do SNT, em relação à concessão, à renovação e ao cancelamento de autorização, serão publicadas no DOU.

Parágrafo único. Após a publicação, as autorizações deverão ser introduzidas no Sistema de Informações do SNT.

Art. 27. A SES registrará a alteração e fará a devida correção no Sistema de Informações do SNT.

Art. 28. A autorização de estabelecimentos e equipes para a retirada e transplante de órgãos, partes e tecidos deverá ser renovada a cada dois anos, conforme o disposto nos parágrafos 5º, 6º, 7º e 8º do artigo 8º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, devendo o estabelecimento de saúde ou o responsável pela equipe formalizar o pedido de renovação à SES.

Art. 29. A SES avaliará o pedido e, se de acordo, notificará o órgão nacional do SNT, bem como atualizará o Sistema de Informações, ficando neste caso, dispensado o envio do processo à Coordenação Nacional.

Art. 30. A avaliação ou renovação da autorização, que resulte em exclusão do sistema, deverá ser devidamente instruída, com o encaminhamento do respectivo processo ao órgão central do SNT, que após avaliação, se de acordo, publicará a exclusão no DOU.

Art. 31. Os estabelecimentos ou equipes de saúde poderão, a qualquer momento, solicitar a revogação de sua autorização à SES, que encaminhará o pedido ao órgão nacional do SNT para seu deferimento.

Art. 32. A autorização de que trata este Regulamento fica condicionada ao envio sistemático das informações solicitadas pelo órgão local e nacional do SNT.

CAPÍTULO VII

DO SISTEMA DE LISTA ÚNICA

Seção I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 33. O Sistema de Lista Única previsto no inciso III do art 4º e nos incisos II, III e IV do art 7º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e no art. 3º deste Anexo, é constituído pelos conjuntos de critérios específicos para a distribuição de cada tipo de órgão ou tecido para os receptores.

Art. 34. Todos os órgãos ou tecidos obtidos de doador cadáver, que para a sua destinação contarem com receptores em regime de espera, deverão ser distribuídos segundo o sistema de lista única.

Art. 35. A inscrição dos pacientes no Sistema de Lista Única, conforme o disposto nos incisos II e III do art. 7º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, dar-se-á na CNCDO com atuação na área de sua residência pelo estabelecimento de saúde ou pela equipe responsável pelo seu atendimento.

§ 1º O paciente, ao ser inscrito no sistema de lista única, conforme o disposto no inciso III do art. 7º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, deve receber, do estabelecimento de saúde que encaminhou a sua inscrição, o comprovante de sua inclusão expedido pela CNCDO, bem como as explicações específicas sobre os critérios de distribuição do órgão ou tecido ao qual se relaciona como possível receptor.

§ 2º A data de inscrição do paciente na lista única é o referencial para o início do cômputo do tempo de espera.

§ 3º A transferência de inscrição de uma CNCDO para outra poderá ocorrer mediante solicitação do receptor, encaminhada pelo estabelecimento ou equipe que passará a atendê-lo.

§ 4º Havendo transferência da inscrição do receptor, para o cômputo do tempo de espera será considerada a data da inscrição anterior.

Art. 36. O Sistema de Lista Única, para cada tipo de órgão, parte ou tecido, possui três níveis de integração expressos nas listas nacionais, estaduais e regionais.

§ 1º As listas nacionais serão constituídas pelos conjuntos das listas estaduais.

§ 2º As listas estaduais serão constituídas pelos conjuntos das listas das CNCDO sob sua jurisdição.

§ 3º As listas regionais serão constituídas pelas inscrições dos pacientes na CNCDO regional.

§ 4º Mediante instrumento de cooperação formalizado entre Estados, as listas estaduais ou regionais poderão incluir pacientes de todo o Estado ou de região deste.

§ 5º Para a constituição de uma lista para determinado órgão ou tecido, a CNCDO deverá possuir, no território de sua atuação, estabelecimento de saúde e equipe técnica autorizados para a realização do transplante ou enxerto correspondente.

Art. 37. Os dados clínicos dos receptores potenciais inscritos no Sistema de Lista Única constituem o Cadastro Técnico referente a cada tipo de órgão parte ou tecido.

§ 1º Para cada órgão, parte ou tecido disponível deve ser feita a correlação entre as características antropométricas e imunológicas do doador cadáver e o Cadastro Técnico correspondente, empregando-se os critérios específicos referentes a cada tipo de órgão, parte ou tecido, para a ordenação dos receptores quanto à precedência.

§ 2º Quando o receptor necessitar de órgãos diversos, o critério de distribuição será o definido para o órgão de maior demanda no sistema de lista única.

§ 3º No âmbito estadual, poderão ser adotados critérios adicionais que terão caráter suplementar, de modo a não sobrepujar os referidos no parágrafo primeiro.

Art. 38. Na ocorrência das condições clínicas de urgência para a realização de transplantes, a CNCDO deve ser comunicada para a indicação da precedência do paciente em relação à Lista Única.

Parágrafo único. A comunicação da urgência deve ser reiterada e justificada à CNCDO, decorridas setenta e duas horas após a comunicação anterior, exceto para o rim.

Seção II

DA DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS

Art. 39. A seleção de pacientes para a distribuição de cada tipo de órgão, parte e tecido captado deve ser feita empregando-se os critérios mínimos a seguir:

I - para rins:

a) critérios excludentes:

1. amostra do soro do receptor fora do prazo de validade;
2. incompatibilidade sangüínea entre o doador e o receptor, em relação ao sistema ABO;

b) critérios de classificação:

1. compatibilidade em relação aos Antígenos Leucocitários Humanos, "HLA";
2. idade do receptor;
3. tempo decorrido da inscrição na lista única;
4. indicação de transplante combinado de rim e pâncreas;

II - para fígado:

a) critérios de classificação:

1. identidade sangüínea, em relação ao sistema ABO, entre o doador e o receptor;
2. precedência quando doador e receptor tiverem o peso corporal abaixo de quarenta quilogramas;
3. tempo decorrido da inscrição na lista única;

III - para pulmão:

a) critérios excludentes:

1. incompatibilidade sangüínea, em relação ao sistema ABO, entre o doador e o receptor;
2. reatividade contra painel em percentual igual ou maior que dez por cento;
3. relação, entre o peso corporal do doador e o do receptor, excedendo vinte por cento;

b) critérios de classificação:

1. indicação de transplante bilateral;
2. idade do receptor;
3. tempo decorrido da inscrição na lista única;

IV - para coração:

a) critérios excludentes:

1. incompatibilidade sanguínea, em relação ao sistema ABO, entre o doador e o receptor, exceto em casos de urgências;
2. incompatibilidade de peso corporal entre o doador e o receptor;

b) critérios de classificação:

1. compatibilidade de peso corporal entre o doador e o receptor;
2. idade do receptor;
3. tempo decorrido da inscrição na lista única;

V - para córnea, critérios de classificação:

a) tempo decorrido da inscrição na lista única;

b) compatibilidade de idade entre o doador e o receptor;

Parágrafo único. O emprego dos critérios mínimos dar-se-á mediante o estabelecido em árvore de decisão, regulamentada, no âmbito nacional, pela Secretaria de Atenção à Saúde, conforme o disposto no art. 29 do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

Seção III

DA DETERMINAÇÃO DA URGÊNCIA

Art. 40. Em relação a cada órgão, a seguir especificado, a urgência do transplante é determinada:

I - rim: a falta de acesso para a realização das modalidades de diálise.

II - fígado:

a) hepatite fulminante; e

b) retransplante indicado no período de quarenta e oito horas após o transplante anterior;

III - pulmão:

a) retransplante indicado no período de quarenta e oito horas após o transplante anterior;

IV - coração:

a) retransplante indicado no período de quarenta e oito horas após o transplante anterior;

b) choque cardiogênico;

c) necessidade de internação em unidade de terapia intensiva e medicação vasopressora; e

d) necessidade de auxílio mecânico à atividade cardíaca.

V - córnea:

a) falência de enxerto, estado de opacidade com duração superior a trinta dias;

b) úlcera de córnea sem resposta a tratamento;

c) iminência de perfuração de córnea - descementocèle;

d) perfuração do globo ocular; e

e) receptor com idade inferior a sete anos que apresente opacidade corneana bilateral.

CAPÍTULO VIII

DO SISTEMA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Art. 41. Todos os estabelecimentos e equipes especializadas autorizados pelo Ministério da Saúde a realizar retirada, transplante ou enxerto de órgãos deverão manter atualizado o Sistema de Informação do SNT, pelo envio mensal das informações pertinentes da respectiva competência.

Art. 42. O não-envio sistemático das informações incorrerá na cessação automática da autorização.

Art. 43. O sistema de informação do SNT será composto no mínimo pelas informações estabelecidas, no âmbito nacional, pela Secretaria de Atenção à Saúde, conforme o disposto no art. 29 do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

CAPÍTULO IX

DA DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA

Art. 44. A CNCDO que não contar com oitenta por cento dos seus pacientes inscritos no cadastro de receptores de rim identificados em relação aos Antígenos Leucocitários Humanos, terá o prazo de doze meses, computados a partir da data de publicação deste Regulamento, para obedecer ao disposto no item 1 da alínea "b" do inciso "I" do art. 39.

ANEXO LXII

FLUXO DE INFORMAÇÕES, TIPIFICAÇÃO E CADASTRO DE DOADORES NO REGISTRO NACIONAL DE DOADORES VOLUNTÁRIOS DE MEDULA ÓSSEA-REDOME A - DOADOR VOLUNTÁRIO DE MEDULA ÓSSEA

Passos a ser cumpridos:

1 - Os cidadãos que desejarem, voluntariamente, cadastrar-se como doadores de medula óssea e outros Precursores Hematopoéticos deverão buscar, por telefone, e-mail ou pessoalmente, na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO de seu Estado, informações a respeito de como proceder para realizar seu cadastro de doador junto ao Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea - REDOME.

2 - De posse das informações prestadas pela CNCDO e com o endereço do Hemocentro de referência, o voluntário deverá dirigir-se a esse Hemocentro, onde receberá informações adicionais sobre o processo de doação de medula óssea, firmará o documento Termo de Consentimento, constante do Anexo LXIII a este Regulamento e se submeterá à coleta de sangue para a realização da 1ª Fase dos exames de Histocompatibilidade.

3 - Após o cumprimento do passo descrito acima, o voluntário ficará ciente e acorde com uma futura eventual chamada pelo Hemocentro, caso venha a ser selecionado como possível doador para determinado receptor.

4 - Cadastrado no REDOME e na eventualidade de ser selecionado como possível doador para determinado receptor, o voluntário deverá atender ao chamado do Hemocentro, onde deverá comparecer imediatamente a fim de confirmar a disposição de doação e submeter-se a uma nova coleta de amostra de sangue, agora para a realização dos exames de Histocompatibilidade de Fase II e sorologia.

5 - Confirmada a compatibilidade e eleito o voluntário como efetivo doador, este receberá, no Hemocentro, as informações a respeito do local onde deverá comparecer para a efetivação da coleta de medula óssea ou de células precursoras.

6 - No caso de doação de medula óssea, o doador será encaminhado a um hospital indicado pelo Hemocentro (a própria unidade onde se dará o transplante, ou outra em que se coletará, acondicionará e encaminhará a medula para a unidade de transplante).

Comprovada a higidez do doador, ser-lhe-á retirada a quantidade de medula óssea necessária, sob anestesia geral e em centro cirúrgico.

Na eventualidade de o local de coleta da medula óssea definido estar instalado em cidade diversa da de residência do voluntário, a Secretaria Estadual de Saúde deverá prover os meios para o seu deslocamento.

7 - No caso de doadores de precursores hematopoéticos, o doador voluntário, após 5 (cinco) dias de administração de medicamento, por via subcutânea (para mobilização de células precursoras até o sangue periférico), submeter-se-á, ambulatorialmente, no próprio Hemocentro ou em outro serviço que lhe for designado por este, a um procedimento chamado aférese, uma ou duas vezes, para obtenção de células-tronco circulantes (no sangue periférico).

B- CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS

Passos a ser cumpridos:

1 - Contatada pelo voluntário, a CNCDO deverá fornecer-lhe as informações gerais a respeito da Doação de Medula Óssea e indicar-lhe o endereço do Hemocentro mais próximo de seu local de residência, ao qual será encaminhado para a execução dos passos estabelecidos no item A.

2 - A CNCDO, para cumprir as funções relativas ao cadastro de doadores no REDOME deverá contar, além de sua infraestrutura já existente, com:

- instrutivo com as informações gerais a respeito de doação de medula óssea que possa ser utilizado, adequadamente, por todos os seus servidores encarregados do contato com o público texto básico sugerido constante do Anexo LXIV a este Regulamento;

- relação dos Hemocentros designados pela Secretaria de Saúde para o cumprimento do estabelecido neste Regulamento, com os respectivos endereços, números de telefone e pessoas de contato com o público;

- grade de distribuição dos exames de histocompatibilidade aos laboratórios cadastrados para tal fim e classificados como de Tipo II (de acordo com as Portarias GM/MS nºs 1.312 e 1.313, ambas de 30 de novembro de 2000), que deverá ser enviada a todos os Hemocentros participantes do processo.

Essa grade deverá ser permanentemente atualizada e refletir a capacidade instalada dos laboratórios cadastrados. Alterações na grade deverão ser imediatamente comunicadas aos Hemocentros;

- arquivo para registro e manutenção das informações relativas aos doadores e aos dados enviados ao REDOME.

3 - Ocorridos os passos relativos ao voluntário, ao Hemocentro e ao Laboratório de Histocompatibilidade, a CNCDO deverá receber, devidamente preenchido e assinado, o documento estabelecido no Anexo LXIII a este Regulamento, repassando, imediatamente, as informações nele contidas ao Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea - REDOME, instalado no Instituto Nacional de Câncer INCA, do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro.

4 - Informar à Secretaria de Saúde a pertinência das faturas apresentadas pelos Laboratórios de Histocompatibilidade, cotejada com as informações de cadastro deles recebidas.

C - HEMOCENTRO

Passos a serem cumpridos:

1 - o Hemocentro deverá receber o voluntário encaminhado pela CNCDO e, por intermédio de pessoal devidamente qualificado, informá-lo a respeito do processo de doação de medula óssea e coletar sua assinatura no Termo de Consentimento definido no Anexo LXIII a este Regulamento;

2 - coletar, processar, acondicionar, armazenar e providenciar o transporte do material colhido daquele candidato à doação que confirmar esta intenção por meio da assinatura do Consentimento já mencionado no primeiro item;

3 - encaminhar o material coletado ao laboratório de histocompatibilidade para a realização dos exames pertinentes, devidamente autorizados no documento cuja forma consta do Anexo LXIII a este Regulamento, que deverá acompanhar a amostra enviada. A distribuição dos exames deverá obedecer à grade de distribuição estabelecida pela CNCDO.

Na hipótese de o Hemocentro ter capacidade instalada, em sua própria estrutura, para realização dos exames de histocompatibilidade e seu laboratório ser cadastrado e classificado como de Tipo II, deverá fazê-lo esgotando, em primeiro lugar, esta capacidade e, se for o caso, enviando os exames excedentes aos laboratórios cadastrados de acordo com a grade de distribuição estabelecida pela CNCDO;

4 - na eventualidade de um voluntário, após seu cadastramento no REDOME, vier a ser selecionado como possível doador para um determinado receptor, o Hemocentro, recorrendo a seus arquivos, deverá fazer contato com o voluntário, chamando-o a comparecer ao Hemocentro. Nessa ocasião, coletará nova amostra de material para a realização da 2ª etapa da identificação do doador (que enviará ao laboratório de histocompatibilidade, ou se for o caso, realizará no próprio Hemocentro) e dos exames de sorologia, informando os resultados obtidos à CNCDO;

5 - o Hemocentro poderá processar/faturar os procedimentos de coleta, processamento inicial, acondicionamento, armazenamento e transporte dos materiais coletados e, eventualmente, os procedimentos relativos aos exames de histocompatibilidade que vier a realizar, de acordo com o estabelecido neste Regulamento.

D- LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE

Passos a ser cumpridos:

1 - receber o material enviado pelo Hemocentro;

2 - realizar os exames autorizados;

3 - preencher e assinar o documento cuja forma consta do Anexo LXIII a este Regulamento, contendo os resultados dos exames realizados;

4 - enviar o documento citado no item 3 à CNCDO;

5 - o laboratório processará/faturará os procedimentos realizados, de acordo com o estabelecido neste Regulamento.

ANEXO LXIII

DOCUMENTO - TERMO DE CONSENTIMENTO/AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE EXAMES/RESULTADOS DE EXAMES

1 - IDENTIFICAÇÃO			
Nome:		RG	
Idade:	Data de Nasc: ____/____/____	Est.Civil: __	
Sexo: F () M () Peso:	Altura:	ABO	Rh:
Fumante: sim () não ()			
Endereços:			
Residencial: R.		nº	ap.
Bairro:	Cidade:	CEP	
Comercial: R.		nº	ap.
Bairro:	Cidade:	CEP	
Profissão:		Fone:	
Nome e telefone de duas pessoas para contato, caso haja dificuldades para encontrá-lo:			
Nome:			
Fone:			
Nome:			
Fone:			

Qual o grupo racial em que você se colocaria? (há tipos de antígenos HLA mais comuns em alguns grupos que em outros):

()Caucasiano/branco ()Mulato ()Cafuso ()Negro ()Oriental ()Outros Local e data:

2. TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, abaixo assinado(a) e acima qualificado(a), pelo presente instrumento CONSINTO que os meus dados cadastrais, o resultado de minha tipagem HLA e os outros resultados dos exames de Histocompatibilidade/Imunogenética sejam incluídos no REGISTRO BRASILEIRO DE DOADORES VOLUNTÁRIOS DE MEDULA ÓSSEA - REDOME, coordenado pelo Laboratório de Imunogenética, do Instituto Nacional de Câncer - INCA, do Ministério da Saúde. A amostra coletada nessa ocasião poderá ser utilizada em possíveis testes genéticos futuros, desde que de maneira sigilosa.

Nesta data, recebi as orientações sobre o que é o transplante de medula óssea e o transplante de células precursoras e estou ciente de que:

o candidato a doador de medula óssea e/ou tecidos hematopoéticos deve encontrar-se em bom estado de saúde;

na oportunidade de ser selecionado, o doador deverá passar por exames clínicos e laboratoriais que atestem a inexistência de doenças, especialmente as infectocontagiosas;

na oportunidade de ser selecionado para doação de medula óssea, o doador passará por internação hospitalar (hospital/dia) sendo necessário submeter-se a procedimento sob anestesia geral para retirada de não mais que 10% de sua medula óssea. O procedimento consiste em punção óssea pela região glútea, (4 a 8 punções). A medula do doador é espontaneamente restaurada em poucas semanas;

na oportunidade de ser selecionado para doação de precursores hematopoéticos, após utilizar por via subcutânea uma medicação estimulante de células hematopoéticas, o doador será submetido a procedimento semelhante a doação de sangue, sendo este realizado em caráter ambulatorial, não sendo para isso necessários os procedimentos mencionados no segundo item deste Termo;

os riscos para os doadores de medula óssea e/ou tecidos hematopoéticos são praticamente inexistentes. Nos casos de doação de medula óssea, devido ao procedimento de punção, é comum haver queixa de dor discreta no local da punção;

tenho, também, ciência do propósito a que se destina o referido Registro e meu cadastramento nele;

proponho-me, assim, a ser um eventual doador de medula óssea ou de células precursoras, sabendo que me é reservado o direito da decisão final para a doação, mantendo-se a condição de sigilo acima especificada.

_____, _____ de _____ de _____

Nome legível

Assinatura TESTEMUNHAS:

1) _____

Nome legível Assinatura

2) _____

Nome legível Assinatura

3- AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE.

Hemocentro:

Endereço:

Telefone:

Responsável técnico:

O Hemocentro acima identificado autoriza o laboratório de histocompatibilidade abaixo identificado a realizar os exames de histocompatibilidade relativos à 1ª fase de identificação de doador, do voluntário acima nominado, para fins de cadastro no REDOME, em conformidade com o estabelecido no art. 5º da Portaria nº 1.314/GM, de 30 de novembro de 2000, procedimento código: 30.011.04-3.

Laboratório:

CGC:

Endereço:

Local e data:

Assinatura do responsável técnico pelo Hemocentro

4.- RESULTADO DOS EXAMES		
Tip #		Data:
A	B	CW
DR	DR	DQ
Tip DNA #		
Data:		
DRB1	RB3/B4/B5	DQB1
DPB1		
Laboratório:	CGC	
Endereço:		
Local e data:		
Assinatura do responsável técnico pelo laboratório		

ANEXO LXIV

ORIENTAÇÕES AO DOADOR VOLUNTÁRIO

1 - A medula óssea, encontrada no interior dos ossos, produz os componentes do sangue que circula nos vasos sanguíneos: as hemácias (glóbulos vermelhos), os leucócitos (glóbulos brancos) e as plaquetas (células da coagulação do sangue). Pelas hemácias, o oxigênio é transportado dos pulmões para as células de todo o nosso organismo e o gás carbônico é levado destas para os pulmões, a fim de ser expirado. Os leucócitos são os agentes mais importantes do sistema de defesa do nosso organismo, e nos defende das infecções. Como já definido acima, as plaquetas compõem o sistema de coagulação do sangue.

2 - O transplante de medula óssea consiste na substituição de uma medula óssea doente, ou deficitária, por células normais de medula óssea, com o objetivo de reconstituição de uma nova medula.

3 - Porém, essa substituição também pode ser feita a partir de células precursoras de medula óssea obtidas do sangue circulante de um doador ou do sangue de cordão umbilical.

4 - O transplante é chamado autogênico, quando a medula óssea ou as células precursoras provêm do próprio indivíduo transplantado (receptor). Ele é dito alogênico, quando a medula ou as células provêm de um indivíduo diferente (doador).

5 - Diz-se que o doador é aparentado quando ele e o receptor são irmãos ou outros parentes próximos (geralmente pais). Quando eles não guardam parentesco entre si, o doador é classificado como não-aparentado.

6 - Os doentes com produção anormal de células sanguíneas, geralmente causada por algum tipo de câncer, como leucemia, linfoma e mieloma, são os que são tratados como de transplante de medula óssea ou de células precursoras. Também, os doentes que têm uma doença chamada aplasia de medula ou pacientes cuja medula tenha sido destruída por irradiação.

7 - O receptor e o doador devem ter características celulares iguais ou muito semelhantes, para que o transplante tenha sucesso. Essa compatibilidade é avaliada por meio de exames de sangue, chamados exames de histocompatibilidade.

8 - Estima-se que a chance de se encontrar um doador compatível seja de 1 entre 100 doadores aparentados e 1 para 1.000 doadores não-aparentados.

9 - Quando não há um doador aparentado compatível, procura-se por um compatível num "Banco de Medula Óssea". O Banco necessita de um número elevado de voluntários para aumentar a possibilidade de encontrar um doador compatível.

10 - Antes da doação de medula óssea ou de células precursoras, o doador compatível passa por exames médico e de laboratório para certificar seu bom estado de saúde. Exame de histocompatibilidade é repetido para, confirmar a compatibilidade. Não há qualquer exigência quanto a mudanças de hábitos de vida, de trabalho ou de alimentação.

11 - No caso de doação de medula óssea, será retirada do doador a quantidade de medula óssea necessária (menos de 10% da medula óssea do doador), sob anestesia geral e em centro cirúrgico. Os doadores passam por uma pequena cirurgia de aproximadamente 90 minutos. São feitas de 4 a 8 punções na região pélvica posterior para aspirar a medula. Dentro de poucas semanas a medula estará inteiramente recomposta.

12 - No caso de doação de precursores hematopoéticos, o doador voluntário, após cinco dias de administração de um medicamento, por via subcutânea (para a mobilização de células precursoras até o sangue periférico), submeter-se-á, ambulatorialmente, a um procedimento chamado aférese, em uma ou duas vezes, para a obtenção de células-tronco circulantes (no sangue periférico). Neste caso, não há necessidade de internação nem de anestesia, sendo todos os procedimentos feitos pela veia.

13 - Os riscos para o doador são praticamente inexistentes.

Até hoje, não há relato de nenhum acidente grave devido a este procedimento. Os doadores de medula óssea costumam relatar um pouco de dor no local da punção.

14 - Na doação de medula óssea, o doador é liberado no dia seguinte; na de células precursoras, no mesmo dia.

15 - Depois de um tratamento (quimioterapia ou radioterapia) que destrói a medula óssea do próprio paciente, ele recebe transfusão da medula óssea ou as células precursoras do doador, como se recebe uma transfusão sanguínea. Em duas semanas, o material transplantado já produzirá células novas e recomporá a medula óssea do receptor.

ANEXO LXV

CRITÉRIOS PARA O CADASTRAMENTO DE CANDIDATOS A RECEPTORES DE TRANSPLANTE DE FÍGADO DOADOR CADÁVER

ADULTOS

Serão aceitas, para constituição dos cadastros técnicos das CNCDO de candidatos a receptores de transplante hepático - doador cadáver, as inscrições dos doentes com idade igual ou superior a 18 anos que preencherem, no momento da inscrição, pelo menos um dos seguintes critérios clínicos, devidamente documentados:

I - paciente portador de cirrose hepática, classificado como Child-Pugh A (menor de 7 pontos), com pelo menos uma das seguintes complicações:

- a) hemorragia digestiva alta, secundária a hipertensão portal, com dois ou mais episódios distintos e necessidade de reposição sanguínea;
- b) síndrome hepato-pulmonar com manifestações clínicas;
- c) encefalopatia porto-sistêmica;

II - paciente portador de cirrose hepática, classificado como Child-Pugh B ou C (igual ou acima de 7 pontos), independentemente de complicações;

III - paciente portador de cirrose biliar primária, com prognóstico de sobrevida em 1(um) ano igual ou menor a 90% de acordo com os modelos matemáticos do King's College Hospital, Londres, Grã-Bretanha ou da Clínica Mayo, Rochester, Minnesota, Estados Unidos da América;

IV - paciente portador de colangite esclerosante primária, com pelo menos uma das seguintes condições:

- a) presença de colangite recorrente com mais de um episódio;
- b) prognóstico de sobrevida em 1 (um) ano igual ou menor a 90% de acordo com os modelos matemáticos do King's College Hospital, Londres, Grã-Bretanha, ou da Clínica Mayo, Rochester, Minnesota, Estados Unidos da América;

V - paciente portador de insuficiência hepática aguda grave com descompensação definida pelos seguintes critérios:

- a) de O'Grady, do King's College Hospital, Londres, Grã

Bretanha; ou

b) de Clichy, do Hôpital Beaujon, Clichy, França;

VI - paciente portador de carcinoma hepatocelular, como complicação da doença hepática crônica, restrito ao fígado com nódulo único de até 5 cm ou até três nódulos de 3 cm e a ausência de metástases, com estadiamento obrigatório por mapeamento ósseo tomografia de tórax;

VII - paciente portador de hepatoblastoma ou carcinoma fibrolamelar quando restrito ao fígado;

VIII - paciente hepatopata crônico com alta suspeição de doença maligna, sem massa tumoral identificada, com alfafetoproteína acima de 250 ng/ml ou acima de 100 ng/ml com aumentos progressivos em três dosagens séricas consecutivas, mediante avaliação e autorização da Câmara Técnica/CNCDO;

IX - Paciente portador de polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) graus I, II e III; e

X - Paciente portador de outros defeitos congênitos do metabolismo, não-cirrótico, mediante avaliação e autorização da Câmara Técnica da CNCDO.

A inscrição dos pacientes com idade igual ou superior a 70 anos deverá, além de atender aos critérios acima estabelecidos, ser avaliada e autorizada pela Câmara Técnica da CNCDO.

Não serão aceitas inscrições, para constituição dos cadastros técnicos das CNCDO de candidatos a receptores de transplante de fígado - doador cadáver, dos doentes com idade igual ou superior 18 anos portadores das seguintes condições clínicas, consideradas como contraindicações para o transplante hepático:

I - colangiocarcinoma de grandes dutos;

II - doença alcoólica com menos de 6 (seis) meses de abstinência;

III - tumores metastáticos de qualquer origem, exceto os neuroendócrinos;

IV - infecção extra-hepática não controlada.

V - polineuropatia amiloidótica familiar avançada grau IV; e

VI - doença cardíaca ou pulmonar ou neurológica avançada não-relacionada à hepatopatia.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Serão aceitas, para constituição dos cadastros técnicos das CNCDO de candidatos a receptores de transplante hepático - doador cadáver, as inscrições dos doentes com idade inferior a 18 anos que preencherem, no momento da inscrição, pelo menos um dos seguintes critérios clínicos, devidamente documentados:

I - paciente portador de cirrose hepática, classificado como Child-Pugh A (menor de 7 pontos), com pelo menos uma das seguintes complicações:

a) hemorragia digestiva alta, secundária à hipertensão portal, com dois ou mais episódios distintos e necessidade de reposição sanguínea;

b) síndrome hepato-pulmonar com manifestações clínicas;

c) déficit do crescimento/desenvolvimento primariamente causado pela insuficiência hepática determinado por posição inferior ao 5º percentil para peso e altura, ou perda de 1,5 desvio padrão no escore para o crescimento esperado, baseado nas tabelas do National Center for Health Statistics, do US Department of Health and Human Service, Estados Unidos da América;

d) encefalopatia porto-sistêmica;

e) Osteodistrofia hepática;

II - paciente portador de cirrose hepática, classificado como Child-Pugh B ou C (igual ou acima de 7 pontos), independentemente de complicações;

III - paciente portador de atresia das vias biliares nas seguintes condições:

a) ausência de cirurgia de Kasai em crianças com idade igual ou superior a 4 meses;

b) ausência de fluxo biliar após cirurgia de Kasai;

c) hipoplasia portal progressiva documentada por ecografia;

d) dois ou mais episódios de colangite;

IV - paciente portador de outras doenças com colestase progressiva, nas seguintes condições:

a) déficit do crescimento/desenvolvimento primariamente causado pela insuficiência hepática determinado por posição inferior ao 5º percentil para peso e altura, ou perda de 1,5 desvio padrão no escore para o crescimento esperado, baseado nas tabelas do National Center for Health Statistics, do US Department of Health and Human Service, Estados Unidos da América;

b) má qualidade de vida determinada por prurido intenso e incapacitante ou fraturas de repetição ou hiperlipidemia com risco de doença cardiovascular, mediante avaliação e autorização da Câmara Técnica da CNCDO;

V - paciente portador de insuficiência hepática aguda grave com descompensação definida pelos seguintes critérios:

a) de O'Grady, do King's College Hospital, Londres, Grã Bretanha; ou

b) de Clichy, do Hôpital Beaujon, Clichy, França;

c) INR > 4 em crianças menores de 10 anos;

VI - paciente portador de tumor hepático na ausência de metástases e envolvimento vascular, não ressecável após quimioterapia.

VII - pacientes portadores de defeitos congênitos do metabolismo e não-cirróticos, nos seguintes casos:

a) doença de Wilson nas seguintes situações:

1 - insuficiência hepática de apresentação aguda grave;

2 - índice Prognóstico para Wilson maior que 9;

b) glicogenose com grave prejuízo no desenvolvimento estatural, múltiplos adenomas em evolução e com progressivo comprometimento extra-hepático (coração e rins) sem resposta a outros tratamentos;

c) síndrome de Crigler-Najjar não responsivo a medidas para redução da hiperbilirrubinemia; e

d) paciente portador de outros defeitos congênitos do metabolismo, não-cirrótico, mediante avaliação e autorização da Câmara Técnica da CNCDO.

Não serão aceitas inscrições, para constituição dos cadastros técnicos das CNCDO, de candidatos pediátricos a receptores de transplante de fígado - doador cadáver, dos doentes, com idade inferior a 18 anos, portadores das seguintes condições clínicas:

I - tumores metastáticos de qualquer origem, exceto os neuroendócrinos;

II - infecção extra-hepática não-controlada; e

III - doença cardíaca ou pulmonar ou neurológica avançada não relacionada à hepatopatia.

ANEXO LXVI

ANEXO 1

1. Distribuição A distribuição de fígados de doadores cadáveres para transplante dar-se-á conforme os critérios estabelecidos abaixo.

1.1. Quanto à Compatibilidade/Identidade ABO Deverá ser observada a Identidade ABO entre doador e receptor, com exceção dos casos de receptores do grupo B com MELD igual ou superior a 30, que concorrerão também aos órgãos de doadores do grupo sanguíneo O.

1.2. Quanto à compatibilidade anatômica e por faixa etária Os pacientes em lista, menores de 18 anos, terão preferência na alocação de fígado quando o doador for menor de 18 anos ou pesar menos de 40 kg.

1.3. Priorizações Critérios de Urgência:

a) insuficiência hepática aguda grave - segundo os critérios do Kings College ou Hospital do Hôpital Beaujon (Anexo 2);

b) não-funcionamento primário do enxerto notificado à CNCDO em até 7 dias, após a data do transplante. Essa classificação poderá ser prorrogada por mais 7 dias. Caso não ocorra o transplante dentro desses prazos, o paciente perde a condição de urgência e permanece com o último valor de MELD, observando-se a periodicidade do exame;

c) trombose de artéria hepática notificada à CNCDO em até sete dias, após a data do transplante. Essa classificação poderá ser prorrogada por mais sete dias. Caso não ocorra o transplante dentro desses prazos, o paciente perde a condição de urgência e assume um MELD 40;

d) pacientes anepáticos por trauma; e

e) pacientes anepáticos por não funcionamento primário do enxerto.

1.4. Classificação de gravidade clínica Serão classificados de acordo com os critérios de gravidade MELD/PELD (Fórmulas - Anexo 2) priorizando-se o de maior pontuação e considerando o tempo em lista, conforme o seguinte algoritmo:

a) para candidatos a receptor com idade igual ou superior a 12 anos - MELD;

- pontuação a ser considerada = (cálculo do MELD x 1.000) + (0,33 x número de dias em lista de espera [data atual] - data de inscrição em lista, em dias);

b) para candidatos a receptor com idade menor de 12 anos PELD;
e

- pontuação a ser considerada = (cálculo do PELD x 1.000) + (0,33 x número de dias em lista de espera [data atual] - data de inscrição em lista, em dias).

O valor do PELD será multiplicado por três para efeito de harmonização com os valores MELD, pois a lista é única, tanto para crianças quanto para adultos. Este valor de PELD se chamará "PELD ajustado".

2. Adulto e Adolescente (idade igual ou maior que 12 anos) 2.1. Ficha de inscrição A ficha de inscrição do adulto, para inscrição em lista de espera pela CNCDO, deve conter, no mínimo, os seguintes dados:

a) nome completo;

b) data de nascimento;

c) peso;

d) altura;

- e) endereço completo;
- f) telefones para contato;
- g) equipe transplantadora;
- h) hospital;
- i) diagnóstico;
- j) informação referente à realização ou não de diálise, e a quantidade de vezes por semana;
- l) valor de creatinina sérica, com data do exame;
- m) valor do RNI, com data do exame;
- n) valor de bilirrubina total sérica, com data do exame; e
- o) valor do sódio sérico, com data do exame.

Obs.: O valor de MELD mínimo aceito para inscrição em lista será seis.

2.2. Situações especiais:

- a) tumor neuroendócrino metastático, irressecável, com tumor primário já retirado, e sem doença extra-hepática detectável;
- b) hepatocarcinoma maior ou igual a dois centímetros, dentro dos critérios de Milão (Anexo 2), com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona (Anexo 2) e sem indicação de ressecção;
- c) polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) - graus I e II;
- d) síndrome hepatopulmonar - PaO₂ menor que 60mm/Hg em ar ambiente;
- e) hemangioma gigante irressecável com síndrome compartimental, adenomatose múltipla, hemangiomatose ou doença policística;
- f) carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extrahepática;
- g) adenomatose múltipla irressecável com presença de complicações; e

h) doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e tipo IV, doença policística, deficiência de alfa-1-antitripsina, doença de Wilson, oxalose primária;

i) para as situações abaixo, o valor mínimo do MELD será de 20:

2.2.1. Caso o paciente, com os diagnósticos descritos acima, não seja transplantado em 3 meses, sua pontuação passa automaticamente para MELD 24 e, em 6 meses, para MELD 29.

2.2.2. Indicações não previstas neste Regulamento deverão ser encaminhadas à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes e apreciadas pela Câmara Técnica Nacional para Transplantes Hepáticos, que deverá emitir parecer conclusivo à CNCDO de origem do doente, em no máximo uma semana.

2.2.3. Para que a CNCDO inscreva os pacientes em lista com os diagnósticos abaixo citados é necessário que sejam encaminhados, juntamente com a ficha de inscrição, exames complementares comprobatórios do diagnóstico e do estadiamento da doença:

a) hepatocarcinoma;

b) hemangioma gigante, adenomatose múltipla, hemangiomatose e doença policística com síndrome compartimental;

c) carcinoma fibrolamelar não ressecável; e

d) doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e tipo IV, doença policística, deficiência de alfa-1-antitripsina, doença de Wilson, oxalose primária.

2.2.4. O laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado de pacientes transplantados com neoplasia, deverá ser encaminhado, no prazo de até 30 dias, à CNCDO.

3. Crianças (pacientes menores de 12 anos) 3.1. Ficha de inscrição A ficha de inscrição da criança, para inscrição em lista de espera pela CNCDO, deve conter, no mínimo, os seguintes dados:

a) nome completo;

b) data de nascimento;

c) peso;

- d) altura;
- e) endereço completo;
- f) telefones para contato;
- g) equipe transplantadora;
- h) hospital;
- i) diagnóstico;
- j) valor de albumina, com data do exame;
- l) valor de RNI, com data do exame;
- m) valor de bilirrubina total sérica, com data do exame; e
- n) valor do sódio sérico, com data do exame.

Obs.: Não há pontuação mínima de PELD para inscrição de pacientes menores de 12 anos, porém, para efeito de cálculo, todos os valores menores de PELD = 1 serão equiparados ao valor 1,0.

3.2. Situações especiais Para as situações abaixo, o valor mínimo de PELD ajustado será 30:

- a) tumor neuroendócrino metastático, irressecável, com tumor primário já retirado e sem doença extra-hepática detectável;
- b) hepatocarcinoma maior ou igual a 2 cm, dentro dos critérios de Milão (Anexo 2), com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona (Anexo 2) e sem indicação de ressecção;
- c) hepatoblastoma;
- d) síndrome hepatopulmonar - PaO₂ menor que 60mm/Hg em ar ambiente;
- e) hemangioma gigante, adenomatose múltipla, hemangiomatose e doença policística com síndrome compartimental;
- f) carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extrahepática; e
- g) doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipos I e IV, doença policística, deficiência de

alfa-1-antitripsina, doença de Wilson, oxalose primária, doença de Crigler-Najjar, doenças relacionadas ao ciclo da uréia, acidemia orgânica, tirosinemia tipo 1, hipercolesterolemia familiar, hemocromatose neonatal, infantil e juvenil, defeito de oxidação de ácidos graxos, doença do xarope de bordo na urina.

3.2.1 Caso o paciente com os diagnósticos acima descritos não seja transplantado em 30 dias, sua pontuação passa automaticamente para PELD ajustado 35.

3.2.2. Indicações não previstas neste Regulamento deverão ser encaminhadas à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes e apreciadas pela Câmara Técnica Nacional para Transplantes Hepáticos, que deverá emitir parecer conclusivo à CNCDO de origem do doente, em no máximo uma semana.

3.2.3. Para que a CNCDO inscreva os pacientes em lista com os diagnósticos abaixo citados é necessário que sejam encaminhados, juntamente com a ficha de inscrição, exames complementares comprobatórios do diagnóstico e do estadiamento da doença:

a) hepatocarcinoma;

b) hemangioma gigante, adenomatose múltipla, hemangiomatose e doença policística com síndrome compartimental;

c) carcinoma fibrolamelar não-ressecável; e

d) doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipo I e tipo IV, doença policística, deficiência de alfa-1-antitripsina, doença de Wilson, oxalose primária.

3.2.4. O laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado de pacientes transplantados com neoplasia, deverá ser encaminhado, no prazo de até 30 dias, à CNCDO.

4. Renovação dos exames Os exames para cálculo do MELD/PELD terão validade definida e devem ser renovados, no mínimo, na frequência abaixo:

a) MELD até 10 - validade de doze meses, exame colhido nos últimos 30 dias;

b) MELD de 11 a 18 - validade de três meses, exame colhido nos últimos 14 dias;

- c) MELD de 19 a 24 - validade de um mês, exame colhido nos últimos sete dias;
- d) MELD maior que 25 - validade de sete dias, exame colhido nas últimas 48 horas;
- e) PELD até 3 - validade de doze meses, exame colhido nos últimos 30 dias;
- f) PELD superior a 3 até 6 - validade de três meses, exame colhido nos últimos 14 dias;
- g) PELD superior a 6 até 8 - validade de um mês, exame colhido nos últimos 7 dias; e
- h) PELD superior a 8 - validade de sete dias, exame colhido nas últimas 48 horas.

4.1. É de responsabilidade da equipe médica de transplante à qual o paciente está vinculado o envio sistemático do resultado dos exames necessários para atender ao disposto no art. 2º, na periodicidade determinada pelo item anterior deste Anexo.

4.2. Caso os exames não sejam renovados no período definido, o paciente receberá a menor pontuação desde sua inscrição, até que sejam enviados os novos exames. Caso o paciente não tenha uma pontuação menor, este receberá o valor de MELD 6 ou PELD 3, até que sejam enviados os novos exames.

Fórmula do MELD ANEXO 2 $MELD = 0,957 \times \text{Loge}(\text{creatinina mg/dl}) + 0,378 \times \text{Loge}(\text{bilirrubina mg/dl}) + 1,120 \times \text{Loge}(\text{INR}) + 0,643 \times 10$ e arredondar para valor inteiro - Caso os valores de laboratório sejam menores que 1, arredondar para 1,0.

- A creatinina poderá ter valor máximo de 4,0, caso seja maior que 4,0, considerar 4,0.

- Caso a resposta seja sim para a questão da diálise (realiza diálise mais de duas vezes por semana?), o valor da creatinina automaticamente se torna 4,0.

Fórmula do PELD $PELD = 0,480 \times \text{Loge}(\text{bilirrubina mg/dl}) + 1,857 \times \text{Loge}(\text{INR}) - 0,687 \times \text{Loge}(\text{albumina mg/dl}) + 0,436$ se o paciente tiver até 24 meses de vida + 0,667 se o paciente tiver déficit de crescimento menor

2×10 - Caso os valores de laboratório sejam menores que 1, arredondar para 1,0.

- Cálculo do valor do déficit de crescimento baseado no gênero, peso e altura.

- Ajustamento do PELD para harmonização com o MELD:

multiplicar por 3 e arredondar para valor inteiro.

Critério do Kings College Hospital a. Indivíduos que ingeriram acetaminofen:

- pH do sangue arterial menor de 7,3 (independentemente do grau de encefalopatia).

- TPT maior que 100 segundos ou INR >6,5 e concentração de creatinina sérica >3,4 mg/dl em pacientes com encefalopatia III ou IV.

b. Sem ingestão de acetaminofen:

- TPT maior que 100 segundos ou INR >6,5 (independentemente do grau de encefalopatia).

- Ou três das seguintes variáveis:

- Idade menor de 10 ou maior de 40 anos.

- Causas: hepatite A ou B, halotano, hepatite de outro tipo, reações farmacológicas idiossincrásicas.

- Duração da icterícia maior que 7 dias antes do início da encefalopatia.

- TPT maior que 50 segundos, INR >3,5.

- Concentração sérica de bilirrubina >17,5 mg/dL.

Critério de Clichy - Se existe encefalopatia, independentemente do grau.

- Ou se Fator V:

Inferior a 30% em maiores de 30 anos Inferior a 20% em menores de 30 anos Critério de Milão Paciente cirrótico com:

- Nódulo único de até 5 cm de diâmetro ou - Até três nódulos de até três centímetros de diâmetro cada um Ausência de trombose neoplásica do sistema porta Critério de Barcelona - Tumor único

menor de 5 cm - Até três nódulos, menores de 3 cm - Sem comprometimento vascular - Child B o C.

Para pacientes não-cirróticos ou Child A compensados, pode se considerar a ressecção local.

ANEXO LXVII

BANCO DE TECIDOS OCULARES HUMANOS - NORMAS PARA FUNCIONAMENTO E CADASTRAMENTO

1- NORMAS GERAIS

1.1 Processo de Cadastro/Autorização 1.1.1 A instalação do Banco de Tecidos Oculares Humanos deverá ser precedida de consulta ao gestor do SUS, de nível municipal ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do Banco de Tecidos Oculares Humanos (ou do referido serviço).

1.1.2 Uma vez confirmada a necessidade da instalação do serviço, deverão ser respeitadas as exigências para o funcionamento do Banco de Tecidos Oculares Humanos e a solicitação de cadastramento deverá ser formalizada junto à Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, que determinará à respectiva Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos a realização da avaliação inicial das condições de funcionamento do banco, por meio de vistoria in loco. Após a vistoria, deverá ser emitido parecer a respeito do cadastramento.

1.1.3 Uma vez aprovada a solicitação de cadastramento pelo Gestor do SUS, de nível municipal ou estadual, o Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/SAS avaliará esta solicitação e, em caso de parecer favorável, providenciará a realização de visita técnica in loco e emitirá parecer conclusivo a respeito do cadastramento.

1.1.4 Uma vez aprovado o cadastramento, a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS tomará as providências necessárias à efetivação da habilitação.

1.2 Exigências gerais para cadastramento/autorização:

I - o Banco deve estar instalado e funcionar em estabelecimento hospitalar que esteja autorizado pelo Ministério da Saúde a realizar a captação e/ou retirada e/ou transplante e/ou enxerto

de órgão ou tecido, e ser devidamente habilitado pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, conforme estabelecido por este Regulamento;

II - aplica-se, no que couber, aos Bancos de Tecidos Oculares Humanos, o disposto no Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e no Regulamento Técnico previsto nos arts. 479 a 482 deste Regulamento;

III - o Diretor técnico/responsável técnico pelo Banco deve ser um médico especialista em oftalmologia com título devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde o Banco estiver instalado, com experiência comprovada e com duração mínima de seis meses, em doenças externas oculares e de córnea;

IV - o Diretor técnico/responsável técnico pelo Banco deve estar autorizado, pelo Ministério da Saúde, a realizar retirada e/ou transplante e/ou enxerto de órgão ou tecido, como responsável pela equipe, e ser devidamente habilitado pela Secretaria de Atenção à Saúde;

V - os profissionais responsáveis pela avaliação e classificação dos tecidos devem ser de nível superior, da área de saúde, com treinamento documentado para execução das atividades;

VI - as instalações físicas e equipamentos do Banco devem corresponder às normas técnicas definidas pelo órgão federal de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, após a realização de nova vistoria pelo Sistema Nacional de Transplantes.

1.3 A renovação da Licença Sanitária do dia VIII - o Banco deve contar com um sistema de transporte que permita atender aos chamados, efetivamente, nas 24 horas do dia;

IX - o Banco deve possuir formulários próprios, específicos para as informações sobre os procedimentos de processamento dos tecidos oculares doados, sobre os doadores e receptores, além dos documentos de autorização das doações, mantendo os arquivos em dia e disponíveis para vistorias pelo Sistema Nacional de Transplantes, pela CNCDO e pelo órgão de Vigilância Sanitária do Estado;

e X - o Banco deverá apresentar licença sanitária para funcionamento, emitida pelo órgão de Vigilância Sanitária, da Secretaria de Estado de Saúde.

1.3 Em caso de mudança de local de instalação do Banco, as novas instalações deverão estar de acordo com as normas fixadas por este Regulamento e com a legislação em vigor relativa à matéria, mantendo-se as exigências estabelecidas no item 1.2 do presente Anexo, devendo ser emitida nova autorização pelo Ministério da Saúde, após a realização de nova vistoria pelo Sistema Nacional de Transplantes.

1.4 A renovação da Licença Sanitária dar-se-á mediante apresentação de toda a documentação definida pelo órgão federal de Vigilância Sanitária, devidamente atualizada, e a realização de nova vistoria pelo órgão de Vigilância Sanitária, da Secretaria de Estado de Saúde.

ANEXO LXVIII

BANCO DE TECIDOS MUSCULOESQUELÉTICOS

NORMAS PARA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO E CADASTRAMENTO PELO SUS

1 - Processo de Autorização de Funcionamento e Cadastro pelo SUS Todos os Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos existentes no território nacional - tanto aqueles que prestem serviços exclusivamente ao setor privado quanto aqueles que prestem serviços, mediante cadastro, ao Sistema Único de Saúde, somente podem funcionar legalmente se forem, previamente, autorizados para tal pelo Sistema Nacional de Transplantes.

Assim, o Responsável Técnico pelo Banco que pretenda entrar em funcionamento deve consultar e cumprir as presentes Normas e formalizar processo de autorização de funcionamento junto ao gestor do SUS sob cuja gestão esteja o Banco, a saber:

- a) se o Banco estiver instalado em Município em Gestão Plena do Sistema Municipal - Secretaria Municipal de Saúde; e
- b) nos demais casos - Secretaria Estadual de Saúde.

1.1 - Processo de Autorização de Funcionamento O Processo de Autorização deve ser instruído com:

- a) documentação comprobatória do cumprimento da totalidade das exigências para autorização de funcionamento estabelecidas pela presente Regulamento;

b) relatório de vistoria - a vistoria deve ser realizada in loco por técnicos da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e da Vigilância Sanitária - VISA que avaliarão e emitirão o respectivo parecer técnico a respeito das condições de funcionamento do Banco - área física, recursos humanos, responsabilidade técnica, matérias e equipamentos e demais exigências estabelecidas neste Regulamento;

c) parecer conclusivo do gestor - manifestação expressa, firmada pelo Secretário de Saúde, em relação à autorização. No caso de Processo de Autorização formalizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Município em Gestão Plena do Sistema Municipal, deve constar do processo, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS;

d) uma vez emitido o parecer a respeito da autorização pelo(s) gestor(es) do SUS, e sendo esse parecer favorável, o Processo deve ser encaminhado, para análise, ao Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais/ Sistema Nacional de Transplantes;

e) a Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes/ DSRA/SAS/MS determinará a realização de vistoria in loco, podendo, para tanto, constituir consultores técnicos, e emitirá parecer conclusivo a respeito da autorização; e

f) se aprovada a autorização, a Secretaria de Atenção à Saúde adotará as providências necessárias à sua publicação, tendo esta autorização validade pelo período de 2 (dois) anos a partir de sua publicação.

1.2 - Cadastramento pelo SUS Para que possa prestar serviços aos usuários do SUS, o Banco deve ser devidamente autorizado a funcionar pelo SNT e ser cadastrado pelo SUS. Assim, aquele Banco que, além de ser autorizado a funcionar, pretenda prestar serviços ao SUS, deve ma-

nifestar esta intenção solicitando, juntamente com o Processo de Autorização de que trata o item 1.1 supracitado, o respectivo cadastro. O Banco que esteja autorizado a funcionar pelo SNT e que, no entanto, não esteja cadastrado no âmbito do SUS, não poderá apresentar cobrança ao SUS, na forma em que esta esteja estabelecida, relativa aos procedimentos realizados.

Passos para o cadastramento:

a) todo Banco que, além da Autorização de Funcionamento, pretenda ser cadastrado para prestação de serviços ao SUS,

deve, previamente, consultar o gestor do SUS sob cuja gestão esteja o Banco a respeito das normas de cadastramento, necessidade e possibilidade deste cadastramento, sem o que o SUS não se obriga ao cadastramento;

b) uma vez confirmada a necessidade do cadastramento, estando o(s) gestor(es) do SUS de acordo com esse cadastramento e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviços, esse(s) gestor(es) deverão manifestar no Parecer Conclusivo do Gestor de que trata a alínea "c" do item 1.1 supracitado, além do parecer a respeito da autorização de funcionamento, a concordância com o cadastramento pelo SUS, seguindo o processo, a partir daí, os mesmos passos previstos no item 1.1.

1.3 - Renovação de Autorização de Funcionamento 60 (sessenta) dias antes de findar o prazo de 2 (dois) anos da publicação da autorização inicial, o Responsável Técnico pelo Banco deve providenciar a solicitação de renovação de autorização. Essa autorização deve ser formalizada nos mesmos moldes do estabelecido no item 1.1 supracitado e cumprir todos os trâmites nele previstos.

1.4 - Alteração de Local de Instalação do Banco A mudança do local de instalação do Banco, a qualquer tempo, deve ser formalizada junto ao gestor do SUS sob cuja gestão esteja o serviço. O processo deve ser formalizado nos mesmos moldes do estabelecido no item 1.1 supracitado e cumprir todos os trâmites aí previstos.

1.5 - Manutenção de Autorização de Funcionamento e de Cadastramento pelo SUS A manutenção da autorização de funcionamento e de cadastramento pelo Sistema Único de Saúde - SUS está vinculada:

a) ao cumprimento pelo Banco das Normas e Rotinas estabelecidas por este Regulamento;

b) à avaliação de funcionamento do Banco por meio de realização de auditorias periódicas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão estejam o Serviço, o CNCDO e a VISA;

c) à avaliação quantitativa e qualitativa dos serviços produzidos;

e d) ao envio mensal de Relatório de Atividades à respectiva CNCDO, conforme previsto na alínea "h" do art. 3º deste Regulamento.

2 - Exigências Gerais para Autorização de Funcionamento As exigências gerais para autorização que devem ser cumpridas pelos Bancos são as seguintes:

- a) estar instalado e funcionar em estabelecimento hospitalar que esteja autorizado pelo Sistema Nacional de Transplantes a realizar retirada e/ou transplante e/ou enxerto de órgãos ou tecidos, ou, alternativamente, em Hemocentro;
- b) possuir, dentro do prazo de validade, Licença de Funcionamento emitida pela Coordenadoria de Fiscalização Sanitária, da Secretaria Estadual de Saúde;
- c) estar aberto e em funcionamento, para atendimento das demandas, nas 24 horas do dia, todos os dias;
- d) cumprir suas competências/atribuições estabelecidas pelo art. 536 deste Regulamento;
- e) cumprir as Rotinas estabelecidas no Anexo LXIX a este Regulamento;
- f) assegurar o controle e a garantia de qualidade dos procedimentos, equipamentos, reagentes e correlatos; devendo a garantia da qualidade dos tecidos musculoesqueléticos distribuídos ou disponibilizados ser de responsabilidade do Banco de Tecidos Musculoesqueléticos, e a responsabilidade médica e técnica final de sua utilização, do cirurgião transplantador; e
- g) apresentar mensalmente à respectiva CNCDO relatório de atividades e dos resultados dos transplantes realizados como material fornecido pelo Banco, informando, também, as complicações e as intercorrências observadas no período.

Aplica-se, no que couber, aos Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, o disposto na Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, no Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e no Regulamento Técnico previsto nos arts. 479 a 482 deste Regulamento.

3 - Exigências Específicas para Autorização de Funcionamento Além das exigências gerais para autorização, o Banco deve cumprir as seguintes exigências específicas:

3.1 - Equipe Técnica Para executar suas atividades, o Banco deve contar com uma equipe técnica para atividades internas e uma equipe técnica para captação, ambas com técnicos devidamente

capacitados para a execução de suas tarefas. As equipes são definidas e têm composição conforme segue:

3.1.1 - Equipe Técnica de Atividades Internas Esta equipe é responsável pela execução das atividades desde o recebimento dos tecidos musculoesqueléticos da equipe de captação até sua disponibilização para o transplante, devendo ser composta por:

a) 1 (um) Diretor Técnico - médico que possua treinamento formal em operação de Banco de Tecidos ou similar reconhecido nacional ou internacionalmente, com consequente habilitação para coordenar as atividades a ser executadas pelo Banco (seleção, captação, processamento, distribuição e controle de qualidade de tecidos musculoesqueléticos), sendo responsável por estabelecer e supervisionar a atuação do Banco, o treinamento de pessoal e a exercer a supervisão das equipes técnicas de atuação externa;

b) 1 (um) Assessor Técnico na área de tecidos musculoesqueléticos - médico com experiência comprovada na área de transplante de tecidos musculoesqueléticos, responsável por subsidiar o Diretor Técnico quanto às características necessárias aos produtos do Banco e assessorar os usuários quanto à melhor forma de utilização dos tecidos; 1 (um) profissional de nível superior da área biomédica com treinamento para execução das atividades concernentes ao processamento, armazenamento e outras rotinas relacionadas ao Banco de Tecidos musculoesqueléticos;

c) 1 (um) profissional na área biomédica com treinamento para execução das atividades concernentes ao processamento, armazenamento e outras rotinas relacionadas ao Banco de Tecidos Musculoesqueléticos; e

d) 1 (um) profissional para as tarefas administrativas.

3.1.2 - Equipe Técnica de Captação Esta equipe é responsável, diuturnamente, pelas atividades relativas à etapa cirúrgica do processo, desde a captação até a entrega do tecido musculoesquelético, segundo protocolos preestabelecidos pelo Banco, devendo ser composta por:

a) 2 (dois) médicos, com treinamento específico para essa atividade, responsáveis por todo o processo de captação, ablação, coleta de material para exames, acondicionamento, transporte e entrega ao Banco de Tecido Musculoesquelético, sendo obrigatória a presença do profissional médico durante o processo de captação; e

b) 2 (dois) profissionais da área biomédica, com treinamento específico para todo o processo de captação, ablação, coleta de material para exames, acondicionamento, transporte e entrega ao Banco de Tecido Musculoesquelético.

As equipes de captação de tecido musculoesquelético (próprias do Banco ou devidamente treinadas e atuando sob a responsabilidade deste) devem ser cadastradas na CNCDO e atuar sob a supervisão do Diretor Técnico. O aceite do material para processamento é de responsabilidade do Banco.

3.2 - Instalações Físicas As instalações do Banco de Tecidos devem ser de uso exclusivo deste, com salas contíguas e construídas de forma a permitir a limpeza e a manutenção adequadas, bem como garantir a qualidade dos tecidos em todas as fases do processo. Devem contar com, no mínimo:

3.2.1 - Área de Recepção de Tecidos:

É a área destinada à recepção inicial dos tecidos imediatamente após sua captação. Deve ser provida de congelador que atinja temperaturas iguais ou menores que 20o C negativos para recepção dos materiais a ser congelados e de refrigerador de 4 +/- 2°C para a recepção de tecidos refrigerados. Os materiais podem permanecer nessa área de estocagem por no máximo 5 (cinco) dias, quando então devem ser devidamente identificados e transferidos para os ultracongeladores e refrigeradores pertinentes localizados na área de armazenamento de tecidos, propriamente dita.

3.2.2 - Área de Armazenamento dos Tecidos:

É a área destinada ao armazenamento de tecidos em quarentena (aguardando processamento ou pós-processamento mas não liberados para uso) e tecidos utilizáveis (já liberados para uso). Deve ser provida de:

a) câmara de ultracongelamento para armazenamento, exclusivo de tecidos em quarentena ou não liberados para uso, provida de alarme de temperatura para variações acima de 10 graus e com suporte para falha elétrica (CO2 ou gerador próprio), que mantenha os tecidos em temperaturas monitoradas inferiores ou iguais a 80° C negativos;

b) refrigerador 4 +/-2° C para armazenamento exclusivo de tecidos refrigerados em quarentena ou não liberados para uso, com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas para variações acima de 5°C e com suporte para falha elétrica (CO2

ou gerador próprio), para os bancos que armazenam tecidos refrigerados;

c) câmara de ultracongelamento para armazenamento exclusivo de tecidos liberados para uso, provida de alarme de temperatura para variações acima de 10 graus e com suporte para falha elétrica (CO₂ ou gerador próprio), que mantenha os tecidos em temperaturas monitoradas inferiores ou iguais a -80oC; e

d) refrigerador 4 +/-2º C, com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas de temperatura para variações acima de 5ºC para armazenamento exclusivo de tecidos refrigerados e liberados para uso e com suporte para falha elétrica (CO₂ ou gerador próprio), para os bancos que armazenam tecidos refrigerados.

3.2.3 - Área de Processamento de Tecidos:

É a área destinada ao processamento do tecido musculoesquelético, construída de acordo com os padrões de acabamento exigidos para salas limpas ou salas cirúrgicas, com condicionamento do ar ambiente assegurando classificação mínima classe 10.000 (ISO 7), e contendo, em seu interior, área para o manuseio propriamente dito dos tecidos, com fluxo laminar e filtros que garantam qualidade de ar na classificação classe100.

3.2.4 - Área de Separação de Tecidos:

É a área entre a sala de processamento e os demais ambientes não-classificados, criando uma barreira, construída de acordo com os padrões para salas limpas ou cirúrgicas e com dimensões mínimas adequadas a seu uso como antecâmara de ambiente classificado.

3.2.5 - Área Administrativa:

É a área adequada aos trabalhos de secretaria, destinada à recepção e à distribuição de material, registro, arquivamento de documentos e pesquisa de dados.

Observações:

a) o Banco pode utilizar-se da infraestrutura contígua ao local de sua instalação, tal como banheiros, vestiários, expurgo de lixo; e

b) o Banco pode utilizar a infraestrutura geral do hospital ou do Hemocentro onde está instalado, como serviço de copa,

lavanderia, rouparia, limpeza, esterilização de materiais, farmácia e outros.

3.3 - Materiais e Equipamentos:

Todos os equipamentos e aparelhos devem ser submetidos a uma rotina de inspeção, manutenção preventiva e calibração. São considerados equipamentos essenciais:

a) 1 (um) refrigerador para recepção de tecidos refrigerados para os Bancos que armazenam tecidos refrigerados;

b) 1 (um) congelador que atinja temperaturas iguais ou menores que 20° C negativos para recepção dos materiais a ser congelados;

c) câmara de fluxo laminar que assegure classificação homologada e registrada de ar classe 100 (ISO 5);

d) 1 (um) ultracongelador que atinja temperaturas inferiores ou iguais a 80o C negativos com sistema de alarme para variações de temperatura acima de 10° e suporte para falhas elétricas (CO2 ou gerador), exclusivo para estocagem de tecidos em quarentena ou não liberados para uso;

e) 1 (um) ultracongelador que atinja temperaturas inferiores ou iguais a 80o C negativos com sistema de alarme para variações de temperatura acima de 10° e suporte para falhas elétricas (CO2 ou gerador), exclusivo para estocagem de tecidos liberados;

f) 1 (um) refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/- 2° C positivos com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas de temperatura para variações acima de 5°C para armazenamento de tecidos refrigerados em quarentena ou não liberados para uso, para os bancos que armazenam tecidos refrigerados;

g) 1 (um) refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/- 2° C positivos, com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas de temperatura para variações acima de 5°C para armazenamento de tecidos refrigerados liberados para uso, para os bancos que armazenam tecidos refrigerados;

h) 1 (uma) seladora para as atividades internas;

i) 1 (uma) seladora para as atividades externas;

j) materiais específicos: embalagens homologadas capazes de suportar os processos a eles submetidos (ultracongelamento, esterilização etc.) e garantam a qualidade física e a esterilidade dos materiais, e que sejam registradas ou autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

k) instrumental cirúrgico específico para ablação e processamento dos tecidos musculoesqueléticos; e

l) material para reconstrução física do doador após a captação.

ANEXO LXIX

ROTINAS PARA CAPTAÇÃO, ABLAÇÃO, TRANSPORTE, PROCESSAMENTO, ESTOCAGEM, DISPONIBILIZAÇÃO E CONTROLE DA QUALIDADE DOS TECIDOS MUSCULOESQUELÉTICOS

O Banco de Tecidos Musculoesqueléticos deve possuir Manual de Procedimentos em que conste de forma detalhada, a rotina de procedimentos utilizados pelo Banco. Devem estar descritos os seguintes protocolos:

1- Protocolo de Triagem

1.1 - Anamnese com Doador Deve ser realizada anamnese do doador vivo, ou com familiares, quando doador cadáver, abordando os seguintes itens que, quando encontrados, excluem a doação:

A - Ingestão de substâncias tóxicas ou drogas ilícitas;

B - Comportamentos ou situações que incluam nos doze meses precedentes:

a) homens e/ou mulheres que tenham tido relações sexuais em troca de dinheiro ou de drogas, e os parceiros sexuais dessas pessoas;

b) homens e/ou mulheres que tenham tido múltiplos parceiros sexuais;

c) homens que tiveram relações sexuais com outros homens e as parceiras sexuais destes;

d) pessoas que tenham tido relação sexual com alguém com uma prova positiva para HIV, hepatite B, hepatite C ou outra infecção transmissível pelo sangue;

- e) pessoas que estiveram detidas em uma instituição carcerária ou policial;
- f) pessoas que se submeteram a acupuntura, tatuagens, maquiagem definitiva e adereços corporais, se realizados ou retocados em intervalo inferior a 12 meses da doação;
- g) pessoas sejam parceiros sexuais de hemodialisados e de pacientes com história de transfusão sanguínea;
- h) neoplasias malignas;
- i) AIDS;
- j) doenças autoimunes;
- k) enfermidades neurológicas degenerativas e debilitantes;
- l) insuficiência renal crônica;
- m) tuberculose ativa ou passada;
- n) doenças sexualmente transmissíveis;
- o) doenças osteometabólicas;
- p) grandes queimaduras;
- q) malária: doença ou residência em área endêmica nos últimos 36 meses;
- r) enfermidade de Creutzfeldt Jakob;
- s) doenças de etiologia desconhecida;
- t) tratamento com hormônio de crescimento derivado de pituitária humana;
- u) transplante de duramater ou córnea;
- v) tratamento com radioterapia ou quimioterapia;
- w) cirurgias ortopédicas prévias na região da ablação;
- x) cirurgias por causa não definida;
- y) biópsia prévia em suspeita de tumor musculoesquelético;

z) icterícia de causa não-obstrutiva no doador ou seus contactantes;

aa - Morte de causa desconhecida;

bb - Uso crônico de corticosteróides;

cc - Infecção bacteriana e fúngica diagnosticada no curso da internação hospitalar;

dd - Imunizações:

- inaptidão por 24 horas: toxóides ou vacinas por germes mortos (difteria, tétano, cólera, tifo, paratifo, influenza, coqueluche, poliomielite Salk e hepatite B não derivada do plasma);

- inaptidão por 2 semanas: soros de origem animal ou vacinas a vírus atenuadas (sarampo, parotidite, febre amarela e poliomielite Sabin);

- inaptidão por 1(um) mês: rubéola;

- inaptidão por 1(um) ano: vacinas em fase experimental, globulina hiperimune para hepatite B, vacina contra raiva (com antecedente de mordedura de animal raivoso), imunizações passivas.

ee - História de transfusão de hemoderivados em prazo inferior a 12 meses da doação;

ff - Transfusão de cristalóides em volumes que resultem em hemodiluição acima de 50% do volume intravascular nas 02 horas precedentes a coleta de sangue para sorologia;

gg - Transfusão de colóides sintéticos em volumes que resultem em hemodiluição acima de 50% do volume intravascular nas 48 horas precedentes a coleta de sangue para sorologia;

hh - História de exposição ou acidentes nos últimos doze meses com sangue suspeito ou confirmado sorologicamente para HIV, Hepatite C ou Hepatite B;

ii - Hemofílicos que tenham recebido hemoderivados em prazo inferior a 12 meses da doação e seus parceiros sexuais recentes;

jj - Hemodiálise crônica C - Idade Limite do Doador:

a - Para tecido ósseo:

- Menor de 10 anos;
- Maior de 70 anos b - Para tecido tendinoso:
- Menor de 18 anos;
- Maior de 55 anos c - Para tecido ósteo-condral - Menor de 10 anos;
- Maior de 45 anos 1.1 - Exame Físico do Doador A presença de um ou mais itens abaixo deve merecer investigação complementar apurada e na ausência de dados objetivos, são excludentes para a doação:

- a) lesões de pele com características que sugiram doenças sexualmente transmissíveis ou malignas;
- b) tatuagens, sinais de uso de adereços corporais, maquiagem definitiva;
- c) cicatrizes anteriores ao evento da captação de órgãos;
- d) lesões sugestivas de doenças sexualmente transmissíveis na genitália ou região perianal;
- e) lesões puntiformes causadas por agulhas e/ou sugestivas de uso de drogas ilícitas;
- f) icterícia;
- g) hepatomegalia;
- h) linfadenopatia difusa;
- i) lesões cutâneas violáceas sugestivas de sarcoma de Kaposi;

1.2 - Rotina Laboratorial Devem ser colhidos 20ml de sangue do provável doador para realização dos seguintes exames:

- a) VDRL;
- b) testes de amplificação e detecção de ácidos nucleicos, para HIV;
- c) testes de amplificação e detecção de ácidos nucleicos, para HCV;
- d) anti- HBc;

e) HbsAg;

f) pesquisa de doença de Chagas;

g) anti-HTLV I e II;

h) toxoplasmose; e

i) CMV Os exames sorológicos devem ser repetidos após 180 (cento e oitenta) dias em doadores vivos. A não-realização desses exames implica a exclusão do tecido para transplante.

O soro de um doador deve ser armazenado em congelador a 20°C negativos, por, no mínimo, 2 anos. O resultado positivo das sorologias acima excluem a doação, exceto a pesquisa de CMV e toxoplasmose.

Os exames sorológicos para CMV e toxoplasmose, quando positivos, contraindicam o uso de tais tecidos em pacientes com imunossupressão documentada.

2 - Ablação dos Tecidos A ablação deverá ser realizada pela equipe de retirada do Banco de Tecidos Musculoesqueléticos ou por outra equipe de retirada de tecidos musculoesqueléticos devidamente treinada e autorizada pelo Banco. O aceite desse material para processamento é de responsabilidade do Banco.

A ablação dos tecidos musculoesqueléticos somente pode ser realizada até 12 horas depois de parada cardíaca ou até 24 horas se o cadáver for refrigerado dentro de 6 horas após a parada cardíaca.

A ablação deve ser realizada em ambiente que permita a técnica de assepsia e antissepsia pertinente a um ato operatório para ablação dos tecidos musculoesqueléticos, utilizando instrumentais cirúrgicos estéreis.

Os tecidos musculoesqueléticos podem ser submetidos à lavagem com solução antibiótica após colhidas as amostras para exames microbiológicos para patógenos aeróbicos, anaeróbicos e fungos (esfregaços ou lavados).

3 - Empacotamento Pós-Ablação As peças a ser congeladas devem ser acondicionadas imediatamente em embalagens plásticas triplas, seladas uma a uma, que suportem ultracongelamento e esterilização e que sejam registrados ou autorizados pela ANVISA.

Os tecidos a ser refrigerados devem ser acondicionados imediatamente em recipientes duplos contendo solução salina fisiológica ou nutriente e antibióticos.

Cada unidade de embalagem deverá ser identificada com etiqueta irretocável contendo o número, conferido ao doador, único e emitido pelo Banco, e a completa identificação do tecido, data de retirada e data de validade.

4 - Reconstrução do Corpo do Doador É obrigatória a reconstrução do corpo do doador. Nesse trabalho, devem ser utilizados materiais sintéticos ou biológicos que se aproximem da anatomia prévia à doação.

As vias de acesso deverão ser fechadas meticulosamente.

5 - Transporte dos Tecidos até o Banco de Tecidos Musculoesqueléticos Os tecidos devem ser transportados em recipientes térmicos identificados como pertencentes ao Banco e exclusivos para essa finalidade. Devem conter gelo, gelo seco ou nitrogênio líquido, de forma a garantir a manutenção de temperaturas inferiores ou iguais a 4º C positivos.

O tempo máximo entre a coleta do material e o início de seu processamento não deve ultrapassar 5 (cinco) dias.

6 - Exame Bacteriológico e Fúngico Deve ser realizado por esfregaço de varredura em toda a superfície do enxerto e líquido do tecido lavado. O material deve ser submetido à cultura de germes aeróbicos, anaeróbicos e fungos.

A positividade do exame bacteriológico deve ser analisada pelo responsável técnico do Banco, a fim de determinar se o microorganismo possui patogenicidade que inviabilize a utilização do tecido para o transplante e leve, assim, ao descarte, ou se está indicado processo de esterilização complementar.

7 - Exame Radiológico Os segmentos osteoarticulares e ossos longos mantidos como tal para futuro transplante devem ser submetidos a exames radiológicos para mensuração e diagnóstico de anomalias estruturais.

Os exames radiológicos devem ser arquivados fisicamente ou digitalizados e mantidos por no mínimo 25 anos.

8 - Recepção dos Tecidos Musculoesqueléticos no Banco Deve ser realizada checagem das condições e qualidade dos tecidos transportados.

Deve ser realizado registro lógico de entrada de tecidos musculoesqueléticos, criando prontuário único e sequencial para cada doador. Os tecidos devem ser armazenados na área de recebimento nos ultracongeladores e refrigeradores pertinentes, por período máximo de 5 (cinco) dias.

9 - Armazenamento Os tecidos congelados, com ou sem criopreservantes, em quarentena, ou processados e não liberados para uso, devem ser armazenados em ultracongeladores identificados como de TECIDOS DE USO NÃO LIBERADO, e que atinjam temperaturas inferiores ou iguais a 80o C negativos, com sistema de alarme para variações de temperatura acima de 10º e suporte para falhas elétricas (CO2 ou gerador).

Os tecidos congelados ou com ou sem criopreservantes liberados para uso devem ser armazenados em ultracongeladores identificados como TECIDOS LIBERADOS que atinjam temperaturas inferiores ou iguais a 80o C negativos, com sistema de alarme para variações de temperatura acima de 10º e suporte para falhas elétricas (CO2 ou gerador), exclusivos para esta finalidade.

Os tecidos refrigerados em quarentena ou processados mas não liberados para uso, devem ser estocados em 1 (um) refrigerador identificado como TECIDOS DE USO NÃO LIBERADO que atinja temperaturas de 4 +/- 2º C positivos com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas de temperatura para variações acima de 5º C, com suporte para falhas elétricas (CO2 ou gerador).

Os tecidos refrigerados liberados para uso devem ser estocados em 1 (um) refrigerador identificado como TECIDOS LIBERADOS que atinja temperaturas de 4 +/- 2º C positivos com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas de temperatura para variações acima de 5ºC com suporte para falhas elétricas (CO2 ou gerador).

Deve existir registro lógico da localização dos tecidos dentro dos ultracongeladores e dos refrigeradores.

A temperatura dos ultracongeladores e dos refrigeradores deve ser registrada, no mínimo duas vezes ao dia, com intervalo máximo de doze horas entre os registros.

10 - Processamento Os métodos utilizados pelo Banco para o processamento dos vários tecidos ósteo-condro-fáscio-ligamentares devem estar baseados em experiência nacional ou internacional documentada. Novos métodos devem ter sua

eficácia devidamente comprovada in vitro no sentido de manter a integridade biológica dos materiais e in vivo quanto às características desejadas como transplante ou implante.

Os tecidos musculoesqueléticos de um único doador devem ser processados isoladamente, não sendo permitido o processamento simultâneo de mais de um doador.

A esqueletização deve ser realizada dentro do espaço privativo do Banco em ambiente controlado e classificado como classe 100 (ISO 5), dentro de rigorosas técnicas de assepsia.

Os tecidos musculoesqueléticos podem ser processados de diversas formas como moídos, cubos bicorticais, cubos tricorticais, réguas, segmentos e outros.

Todas as etapas e insumos utilizados nos processos realizados devem ser registrados e esses dados anexados a documentação do doador.

11 - Esterilização Complementar Os Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos têm a opção de lançar mão de técnicas de esterilização complementares homologadas, tais como: o óxido de etileno e a irradiação gama em centros especializados.

Métodos físicos (calor) e químicos para enxertos com resultado positivo da cultura ou rotineiramente.

Os tecidos provenientes de doadores com sorologia positiva descrita acima, com espécies radorresistentes, e contaminações exageradas com agentes patogênicos, devem ser desprezados.

A dose de irradiação gama deve ser validada para a proposta de esterilização (SAL 10-6) pelo centro irradiador.

No caso de agentes físicos ou químicos, o processo de esterilização deve ser documentado e ter sua eficiência comprovada .

12 - Empacotamento Pós-Processamento Os tecidos musculoesqueléticos de um único doador devem ser embalados isoladamente, não sendo permitido o processamento simultâneo de mais de um doador.

O empacotamento deve ser realizado dentro do espaço privativo do Banco, em ambiente controlado e classificado como classe 100 (ISO 5), dentro de rigorosas técnicas de assepsia.

Todas as etapas e insumos utilizados nos processos realizados devem ser registrados, gerando lotes e itens. Esses dados devem ser anexados à documentação do doador.

As peças devem ser acondicionadas em embalagens plásticas e/ou de vidro, triplas, estéreis, seladas uma a uma, que suportem ultracongelamento e esterilização quando indicado pelo produto. Essas embalagens devem assegurar a integridade e manter a esterilidade de seu conteúdo até o uso do material dentro de seu prazo de validade, e ser registradas ou autorizadas pela ANVISA.

Entre a embalagem mais externa e a intermediária deve ser colocada a etiqueta, com códigos de barra, com as seguintes informações:

- a) nome e endereço do Banco de Tecidos Musculoesqueléticos;
- b) código do Doador, sem a identificação nominal;
- c) lote de produto pertencente e item;
- d) prazo de validade;
- e) característica de processamento:
 - fresco;
 - congelado;
 - criopreservado;
 - liofilizado;
 - glicerol - mínimo 85%;
- a) exposição a produtos químicos residuais em potencial:
 - antibióticos (especificar);
 - óxido de etileno;
 - dimetil sulfoxido;
 - outros;
- b) método de esterilização complementar (quando aplicável):

- radiação gama;

- óxido de etileno;

- outros;

c) formato para tecido ósseo:

- Moído;

- Cubos bicorticais;

- Cubos tricorticais;

- Réguas;

- Segmentos;

- Outros;

d) medidas do tecido (quando aplicável);

e) condições recomendadas para estocagem até o uso:

- refrigeração;

- congelamento;

- ar ambiente;

f) a distribuição do material deverá ser acompanhada de instruções técnicas, com informações sobre a adequada utilização dos tecidos musculoesqueléticos, que deve descrever:

- informações sobre como o tecido deve ser armazenado e/ou manipulado antes de seu transplante;

- instruções especiais sobre sua utilização;

- a responsabilidade do médico transplantador em notificar ao receptor do transplante a ser realizado;

- a responsabilidade do médico transplantador em enviar os dados completos do receptor para o Banco emissor em até 48 horas;

- indicações e contraindicações de uso, inclusive os possíveis riscos biológicos presentes no material (contaminantes, contato com alérgenos etc.); e

- instruções para descarte como lixo biológico de qualquer material não utilizado para o transplante. O tecido será emitido para uso único em apenas um receptor.

13 - Estocagem de Tecidos Processados e Liberados Os tendões e fâscias devem ser ultracongelados a 80°C negativos por período de no máximo 2 anos.

Os meniscos podem ser estocados a 80°C negativos com validade de no máximo 4 semanas, liofilizado com prazo de validade de 5 anos ou a 4°C (+/- 2°) com meio de cultivo por período de 5 dias.

Os tecidos ósteo-condrais processados e refrigerados devem ser estocados em refrigeradores a quatro +/- 2° Celsius em prazo máximo de trinta dias (em meio que permita manter certa viabilidade de condrócitos).

Os tecidos ósseos devem ser armazenados a temperatura igual ou inferior a 80°C negativos por período máximo de 5 anos.

Caso a temperatura de armazenamento seja entre 20 ° e 40° C negativos, o tempo de armazenamento deve ser de no máximo 6 meses.

Quedas de temperaturas transitórias por período inferior a 12 horas não inviabilizam os tecidos ósseos.

Os tecidos ósseos liofilizados podem ser armazenados a temperatura ambiente por período de 5 anos.

Deve existir registro lógico da localização dos tecidos dentro do ultracongelador e do refrigerador.

A temperatura dos ultracongeladores deve ser registrada no mínimo duas vezes ao dia, com intervalo máximo de doze horas entre os registros. A temperatura dos refrigeradores deve ser registrada no mínimo duas vezes ao dia, com intervalo máximo de doze horas entre os registros.

14 - Disponibilização dos Tecidos Musculoesqueléticos Deve existir programa de controle de qualidade que assegure e comprove a ausência de patógenos nos tecidos processados e embalados previamente à sua liberação.

O transporte até o local de utilização deve ser realizado de maneira a assegurar sua integridade e qualidade.

Os tecidos depois de acondicionados devem ser considerados viáveis se transportados em recipientes térmicos que assegurem as temperaturas desejadas durante o período de transporte.

Os tecidos disponibilizados não podem ser reestocados, devendo ser desprezados.

É de responsabilidade da equipe transplantadora a notificação compulsória ao Banco até 48 horas após o transplante, de todas as informações relativas ao receptor.

É de responsabilidade do Banco anexar esses dados ao registro e prontuário do doador e comunicá-los à CNCDO em relatórios periódicos 15 - Controle de Qualidade O Banco deve desenvolver um programa de controle de qualidade dos tecidos musculoesqueléticos que inclua, entre outros, registros completos desde a captação até a distribuição dos tecidos, manuais de procedimentos, propostas de monitoração ambiental, das temperaturas de ultracongeladores e refrigeradores, da manutenção de equipamentos, dos insumos utilizados, dos efeitos adversos, dos sistemas de recolhimento e descarte de materiais impróprios para uso.

Todo tecido musculoesquelético transplantado deve ter registro lógico que possibilite seu rastreamento a qualquer momento.

Deve existir sistema de notificação ao CNCDO para a ocorrência de efeitos adversos após o transplante.

16 - Destino dos Tecidos Musculoesqueléticos Os tecidos musculoesqueléticos com prazo de validade vencido devem ser desprezados de acordo com as normas vigentes referentes ao lixo hospitalar.

Os tecidos musculoesqueléticos invalidados por exames laboratoriais e radiológicos devem ser desprezados de acordo com as normas vigentes referentes ao lixo hospitalar.

A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos deve ser notificada compulsoriamente de todo tecido musculoesquelético desprezado.

ANEXO LXX

BANCO DE VALVAS CARDÍACAS HUMANAS NORMAS PARA CADASTRAMENTO

1 - NORMAS GERAIS

1.1 - Processo de Cadastramento

1.1.1 - A abertura de qualquer Banco de Valvas Cardíacas Humanas deverá ser precedida de consulta ao gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do Banco, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

1.1.2 Uma vez confirmada a necessidade de criação do Serviço, a solicitação de cadastramento deverá ser formalizada junto à Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, que determinará à respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a realização da avaliação inicial das condições de funcionamento do Banco, por meio de vistoria in loco. Após a vistoria, deverá ser emitido parecer conclusivo a respeito do cadastramento.

1.1.3 Uma vez aprovada a solicitação de cadastramento pelo Gestor do SUS, a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, avaliará essa solicitação e, em caso de parecer favorável, adotará as providências necessárias à efetivação do cadastramento.

1.2 - Exigências gerais para cadastramento:

a) o Banco deve estar instalado e funcionar em estabelecimento hospitalar que esteja autorizado pelo Ministério da Saúde a realizar retirada e/ou transplante e/ou enxerto de órgão ou tecido, e ser devidamente cadastrado pela Secretaria de Atenção à Saúde conforme estabelecido neste Regulamento.

b) aplica-se, no que couber, aos Bancos de Valvas Cardíacas Humanas, o disposto no Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e no Regulamento Técnico previsto nos arts. 479 a 482 deste Regulamento.

2 - NORMAS ESPECÍFICAS

2.1 - Equipe Técnica As exigências quanto à equipe são:

a) um responsável técnico pelo Banco - médico especialista em cirurgia cardiovascular com experiência comprovada em implante de homoenxertos valvares;

- b) um biólogo com experiência comprovada nas técnicas de processamento e criopreservação de tecidos cardiovasculares;
- c) um bioquímico com experiência comprovada na preparação de soluções isotônicas tamponadas, emprego de meios nutrientes, soluções de antibióticos e agentes crioprotetores para o processamento e criopreservação dos homoenxertos;
- d) dois auxiliares técnicos - técnico ou auxiliar de enfermagem;
- e) um secretário, com 2º grau completo.

2.2 - Instalações Físicas Como o Banco deverá estar instalado dentro de hospital, poderá utilizar a infraestrutura geral desse hospital, como serviço de lavanderia, rouparia, limpeza e esterilização de materiais, farmácia e outros.

Especificamente, o Banco deverá contar, no mínimo, com as seguintes instalações:

- a) sala de processamento de homoenxertos - sala com dimensões entre 15 e 20 m², construída de acordo com os padrões exigidos para salas cirúrgicas, permitindo adequada manutenção e limpeza. A sala deverá contar com fluxo laminar de ar ou, alternativamente, ser equipada com capela de fluxo laminar;
- b) sala de estocagem de homoenxertos - sala com os mesmos padrões construtivos da sala de processamento, porém sem necessidade de fluxo laminar. Instalação de freezers especiais para estocagem;
- e c) secretaria - sala adequada aos trabalhos de secretaria, arquivamento de documentos e serviço telefônico.

2.3 - Equipamentos O Banco deverá contar, no mínimo, com os seguintes equipamentos/ materiais:

- a) um freezer computadorizado - que permita o congelamento controlado e gradual dos enxertos (1°C/min) até temperaturas de -100°C;
- b) um freezer - que possibilite a estocagem de homoenxertos em temperaturas inferiores a -130°C. Nessa categoria existem duas possibilidades: freezer mecânico que permite temperatura de -150°C ou freezer de nitrogênio líquido, com temperaturas entre -150°C a 196°C;

c) cryoshipper (reservatório especial de transporte)- são pequenos reservatórios alimentados pelo nitrogênio líquido e que mantêm temperatura de -150°C por até 10 dias;

d) botijões especiais para armazenamento de nitrogênio líquido - necessários para a alimentação permanente dos freezers de estocagem, para os cryoshippers e para o sistema de backup do freezer mecânico de estocagem;

e) uma geladeira comum para a manutenção das soluções nutrientes e antibióticas, assim como para os enxertos durante a fase de esterilização;

f) uma capela de fluxo laminar - utilizada para a dissecação e manipulação dos homoenxertos, assim como para a preparação de soluções. É necessária quando a sala não é equipada com sistema de fluxo laminar; e

g) material cirúrgico para dissecação dos homoenxertos, incluindo tesouras, porta-agulhas, pinças, régua, obturadores graduados, cubas e outros.

2.4 - Controle de Qualidade dos homoenxertos valvares O Banco deverá desenvolver um programa de controle de qualidade dos homoenxertos, devidamente estabelecido por meio de normas e rotinas escritas e assinadas pelo seu Responsável Técnico.

O controle de qualidade básico dos homoenxertos deverá ser feito por intermédio de:

a) inspeção visual - realizada por observadores capacitados (normalmente o cirurgião cardiovascular ou o biólogo responsável);

b) teste de competência valvar com solução salina isotônica;

c) análise dos gráficos das curvas de congelamento;

d) culturas bacteriológicas para afastar a possibilidade de contaminação;

e) análise histológica; e

f) cultura de fibroblastos para análise do grau de viabilidade celular.

Esses testes de controle de qualidade deverão ser feitos individualmente para cada valva, com exceção da cultura de fibroblastos, que poderá ser feita por amostragem.

O controle bacteriológico, por meio de técnicas convencionais, poderá ser realizado pelo próprio Banco, ou, caso não disponha de capacidade instalada, em laboratórios devidamente cadastrados para tal. O mesmo se aplica para a análise histológica convencional.

A cultura de fibroblastos poderá ser feita com auxílio de terceiros, em laboratórios técnicos de análise adequadamente equipados para tal.

Observação: o controle relativo aos doadores das valvas cardíacas é de responsabilidade das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.

As CNCDOs deverão encaminhar os órgãos doados acompanhados de relatórios de coleta completos - história clínica, exames laboratoriais, sorologia, entre outros. A decisão de aceitar ou não o órgão doado é de competência do Banco, que a adotará em conformidade com seus protocolos estabelecidos.

ANEXO LXXI

TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS - TCTH REGULAMENTO TÉCNICO

I - DEFINIÇÕES

1. TCTH de Medula Óssea - Substituição de células-tronco hematopoéticas baseando-se em células-tronco hematopoéticas normais obtidas de medula óssea, com o objetivo de normalizar a hematopoese.
2. TCTH de Sangue Periférico - Substituição de célulastronco hematopoéticas baseando-se em células-tronco hematopoéticas normais obtidas após mobilização para o sangue periférico, com o objetivo de normalizar a hematopoese.
3. TCTH de Sangue de Cordão Umbilical - Substituição de células-tronco hematopoéticas baseando-se em células-tronco hematopoéticas normais obtidas de sangue de cordão umbilical, com o objetivo de normalizar a hematopoese.

4. TCTH Autólogo - Quando as células-tronco hematopoéticas provêm da medula óssea ou do sangue periférico do próprio indivíduo a ser transplantado (receptor).

5. TCTH Alogênico - Quando as células-tronco hematopoéticas provêm da medula óssea, do sangue periférico ou do sangue de cordão umbilical de outro indivíduo (doador).

5.1. TCTH alogênico aparentado - Quando o receptor e o doador são consanguíneos.

5.2. TCTH alogênico não-aparentado - Quando o receptor e o doador não são consanguíneos.

6. TCTH com mieloablação - Transplante convencional alogênico para o qual se utilizam altas doses de agentes citotóxicos no condicionamento pré-transplante, com o objetivo de destruição completa da medula óssea do receptor, antes da infusão de células-tronco hematopoéticas obtidas do doador.

7. TCTH sem mieloablação - Quando se minimiza a intensidade ablativa do tratamento com agentes citotóxicos do receptor pré-infusão das células-tronco do doador.

II - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO]

1. TCTH autólogos, não-experimentais

1.1. TCTH autólogo de medula óssea Idade: igual ou inferior a 70 anos Indicações:

a) leucemia mieloide aguda em primeira ou segunda remissão;

b) linfoma não-Hodgkin de graus intermediário e alto, indolente transformado, quimiossensível, como terapia de salvamento após a primeira recidiva;

c) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;

d) mieloma múltiplo; e

e) tumor de célula germinativa recidivado, quimiossensível, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

1.2. TCTH autólogo de sangue periférico Idade: igual ou inferior a 70 anos - Mobilização de precursores hematopoéticos - Deve ser feita num esquema apropriado ao paciente e sua doença, utilizando fatores de crescimento associados ou não à quimioterapia com o intuito de se obter número adequado de células CD34+ por kg de peso do receptor.

Indicações:

- a) leucemia mieloide aguda (LMA) em primeira ou segunda remissão;
- b) linfoma não-Hodgkin agressivo quimiossensível, como terapia de salvamento após a primeira recidiva;
- c) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;
- d) mieloma múltiplo; e
- e) tumor de célula germinativa recidivado, quimiossensível, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

2. TCTH alogênicos aparentados, não experimentais - Compatibilidade HLA - Classe I por sorologia ou técnicas moleculares de baixa resolução e classe II por técnicas moleculares de média ou alta resolução, sendo aceitos doadores consangüíneos fenotipicamente idênticos ou distintos apenas por um antígeno HLA.

2.1. TCTH alogênico aparentado de medula óssea 2.1.1. Com mieloablação Idade do receptor: igual ou inferior a 60 anos
Indicações:

- a) leucemia mieloide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;
- b) leucemia mieloide aguda com falha na primeira indução;
- c) leucemia mieloide aguda em segunda ou terceira remissão;
- d) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- e) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;

f) leucemia mieloide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);

g) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;

h) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;

i) imunodeficiência celular primária;

j) talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro; e

l) mielofibrose primária em fase evolutiva.

2.1.2. Sem mieloablação Idade do receptor: igual ou inferior a 70 anos Indicações:

a) as mesmas indicações do transplante alogênico aparentado com mieloablação, em pacientes com doença associada (comorbidade);

b) leucemia linfóide crônica;

c) mieloma múltiplo;

d) linfoma não-Hodgkin indolente; e

e) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

2.2. TCTH alogênico aparentado de sangue periférico Idade do receptor: igual ou inferior a 60 anos Idade do doador: igual ou inferior a 60 anos Mobilização de precursores hematopoéticos a) utilizar G-CSF na dose de 10mcg/kg/d por 5 (cinco) dias;

b) coleta em uma ou, no máximo, duas aféreses; e

c) número alvo de células: maior ou igual a 2×10^6 de células CD34+ por kg de peso do receptor.

2.2.1 Com mieloablação Indicações:

- a) leucemia mieloide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;
- b) leucemia mieloide aguda em segunda ou terceira remissão;
- c) leucemia linfoide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- d) leucemia linfoide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- e) leucemia mieloide crônica em fase tardia após um ano do diagnóstico ou em fase acelerada (de transformação);
- f) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- g) talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro; e
- h) mielofibrose primária em fase evolutiva.

2.2.2 Sem mieloablação:

- a) as mesmas indicações do transplante alogênico aparentado com mieloablação e em pacientes com doença associada (comorbidade);
- b) leucemia linfoide crônica;
- c) mieloma múltiplo;
- d) linfoma não-Hodgkin indolente; e
- e) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

2.3. TCTH alogênico aparentado de sangue de cordão umbilical
Idade do receptor: igual ou inferior a 60 anos
Total de células nucleadas: valor igual ou maior do que 3×10^7 células nucleadas totais por kg de peso do receptor.

Indicações:

- a) leucemia mieloide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;
- b) leucemia mieloide aguda em segunda ou terceira remissão;
- c) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- d) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- e) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;
- f) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- g) imunodeficiência celular primária;
- h) talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro;
- i) mielofibrose primária em fase evolutiva;
- j) linfoma não-Hodgkin indolente; e
- l) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

3. TCTH alogênicos não-aparentados, não-experimentais

3.1. Compatibilidade HLA

3.1.1. Doador do Registro Nacional - Classe I por sorologia ou técnicas moleculares de baixa resolução e Classe II por técnicas moleculares de média ou alta resolução. Serão aceitos somente doadores definidos como idênticos, confirmados por técnicas moleculares de alta resolução.

3.1.2. Doador do Registro Internacional - Classe II por técnicas moleculares de baixa e alta resolução. Serão aceitos somente doadores definidos como idênticos, confirmados por técnicas moleculares de alta resolução.

3.1.3. No caso de TCTH de sangue de cordão umbilical, serão aceitos doadores idênticos ou distintos por até dois antígenos.

3.2. TCTH alogênico não-aparentado de medula óssea - com mieloablação Idade do receptor: igual ou inferior a 55 anos
Indicações:

- a) leucemia mieloide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;
- b) leucemia mieloide aguda em segunda ou terceira remissão;
- c) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- d) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- e) leucemia mieloide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);
- f) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;
- g) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- h) imunodeficiência celular primária; e
- i) mielofibrose primária em fase evolutiva.

3.3. TCTH alogênico não-aparentado de sangue periférico Idade do receptor: igual ou inferior a 55 anos Mobilização de precursores hematopoéticos:

- a) utilizar G-CSF na dose de 10mcg/kg/d por 5 (cinco) dias;
- b) coleta em uma ou, no máximo, duas aféreses; e
- c) número alvo de células: maior ou igual a 2×10^6 de células CD34+/kg de peso do receptor.

Indicações:

- a) leucemia mieloide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;
- b) leucemia mieloide aguda em segunda ou terceira remissão;

- c) leucemia mieloide crônica em fase tardia após um ano do diagnóstico ou em fase acelerada (de transformação);
- d) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- e) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- f) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- g) imunodeficiência celular primária; e
- h) mielofibrose primária em fase evolutiva.

3.4. TCTH alogênico não-aparentado de sangue de cordão umbilical Células nucleadas totais: valor maior ou igual a 3×10^7 células nucleadas totais por kg/peso do receptor.

Idade do receptor: igual ou inferior a 55 anos Indicações:

- a) leucemia mieloide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8; 21) ou inv. 16;
- b) leucemia mieloide aguda em segunda ou terceira remissão;
- c) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- d) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- e) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;
- f) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- g) imunodeficiência celular primária; e
- h) mielofibrose primária em fase evolutiva.

4. Demais indicações 4.1. Os casos com indicações não previstas neste Anexo, não-experimentais, deverão ser encaminhados, devidamente documentados, para análise e parecer do SNT/DAE/SAS/MS, cuja Coordenação

Geral consultará, se necessário, a Câmara Técnica específica para TCTH, que deverá emitir parecer sobre o assunto em até 4 semanas.

4.2. Propostas de inclusão de novas indicações para TCTH deverão ser encaminhadas, técnico-cientificamente justificadas, à Coordenação

Geral do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), para a devida decisão, baseada na análise da efetividade do transplante.

4.3. Casos experimentais devem estar incluídos em protocolos de pesquisa, devidamente tramitados junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

III - REGULAÇÃO DO ACESSO

1. Regulação do acesso a TCTH autólogo:

a) será estabelecido um cadastro único de pacientes (SUS e não SUS) com indicação de TCTH autólogo, que estará sob responsabilidade da respectiva CNCDO. O cadastro será encaminhado pelos hospitais/equipes, autorizados para realização de TCTH autólogo à respectiva CNCDO por meio de formulário especificado no Anexo LXXV a este Regulamento;

b) o acesso ao procedimento transplante autólogo, no âmbito do SUS, será regulado pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC e respectivas Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade - CERAC solicitantes e executantes, que utilizarão seus processos operativos interestaduais de regulação, em conjunto com as CNCDOs;

c) quando a CNCDO solicitante não for a mesma CNCDO executora, competirá à primeira providenciar a cobertura dos gastos com o deslocamento e as acomodações do doente e acompanhante, no caso de dependerem de recursos públicos para tanto; e

d) as CNCDOs e a Coordenação-Geral do SNT manterão listas atualizadas, por hospital solicitante e hospital transplantador, dos receptores em lista de espera pelo transplante e dos já transplantados.

2. Regulação do acesso a TCTH alogênico aparentado:

a) o médico/hospital autorizado para o procedimento, integrante ou não do SUS que assiste o paciente candidato a receptor de

TCTH alogênico aparentado, procederá à busca entre consanguíneos, até a identificação e confirmação do doador;

b) uma vez confirmado o doador, a equipe médica solicitante, de hospital autorizado credenciado ou não junto ao SUS para a realização de TCTH alogênico aparentado, solicita à respectiva CNCDO a inclusão do paciente em lista única de espera pelo transplante;

b.1) caso o exame confirmatório exclua o possível doador, o médico/hospital solicitante, autorizado, credenciado/habilitado ou não no SUS para a realização de TCTH alogênico aparentado, deverá informar ao Subsistema de Regulação de TCTH do SNT para que o receptor seja excluído do cadastro de receptores candidatos a TCTH alogênico aparentado com doador identificado e incluído no cadastro nacional de receptores em busca de doador não-aparentado; e

c) as CNCDOs/SNT, ao receberem a solicitação para inclusão de paciente em lista única, deverão incluir o candidato a receptor no seu cadastro para TCTH alogênico aparentado com doador identificado e encaminhar a solicitação à Regulação do Subsistema de TCTH do SNT, que, levando em consideração os itens II - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO e IV - CADASTRO DE RECEPTORES, deste Anexo, indicará o hospital transplantador com disponibilidade de leitos, seja ele integrante ou não do SUS.

3. Regulação do acesso a TCTH não-aparentado A busca de doador não-aparentado só se dará levando em consideração os itens II - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO e IV CADASTRO DE RECEPTORES, deste Anexo. Nesse caso, o paciente deverá ser encaminhado a um centro de TCTH autorizado para TCTH alogênico.

3.1. Etapas da busca nacional de doador não-aparentado:

a) na impossibilidade de se identificar doador aparentado em primeiro grau, conforme descrito no item III-2, acima, a equipe médica de um centro de transplante autorizado reavaliará o paciente, informará ao sistema essa nova situação e, conforme as indicações estabelecidas no item II - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO deste Anexo, solicitará a inclusão do receptor no Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea - REREME, para a busca nacional de doador não-aparentado, no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea - REDOME;

b) localizado(s) o(s) doador(es) no REDOME, as respectivas Centrais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos -

CNCDOs e o respectivo Hemocentro atuarão com vistas a localizar e chamar o(s) candidato(s) à doação, ocasião em que deverá ser confirmada a intenção da doação e, assim, coletada nova amostra de material para a realização da 2ª etapa da identificação do(s) doador(es), realizando, previamente, no próprio Hemocentro, os exames de sorologia e enviando a amostra ao laboratório para os exames confirmatórios de histocompatibilidade;

c) uma vez identificado e confirmado um doador nacional, pelo sistema REDOME/REREME, a Regulação do subsistema de TCTH do SNT, levando em consideração os critérios de priorização na lista de atendimento, estabelecidos no item IV - CADASTRO DE RECEPTORES deste Anexo, procederá à indicação do hospital transplantador, seja ele integrante ou não do SUS e dará ciência a CNCDO solicitante e executora, considerando-se os mecanismos usuais de autorização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD);

d) o doador, no caso de doação de medula óssea, será encaminhado ao hospital, indicado pela CNCDO ou pelo órgão competente indicado pelo Gestor Estadual ou do Distrito Federal (o próprio hospital onde se dará o transplante, ou outro em que se coletará, acondicionará e encaminhará a medula para o hospital de transplante) e, na eventualidade do local de coleta da medula óssea definido estar instalado em cidade diversa da residência do doador, o gestor estadual ou do Distrito Federal deverá prover os meios para o seu deslocamento e acomodação;

e) no caso de doadores de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico, o doador voluntário, devidamente esclarecido sobre os riscos do procedimento, após 5 (cinco) dias de administração de medicamento, por via subcutânea, submeter-se-á, ambulatorialmente, no hospital/hemocentro que lhe for designado pela CNCDO, a um procedimento denominado aférese, por meio de cateter específico (para mobilização de células precursoras até o sangue periférico), em uma ou duas vezes, para obtenção de células-tronco circulantes no sangue periférico;

f) o procedimento de coleta, fornecimento, acondicionamento e transporte da medula e outros precursores hematopoéticos de doadores identificados pelo REDOME somente poderá ser solicitado por hospital autorizado para TCTH; e

g) não sendo encontrado doador por meio da busca nacional acima descrita, o SNT dará início à busca internacional de doador não aparentado, conforme as indicações de TCTH não-aparentado

estabelecidas no item II - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO deste Anexo.

3.2. Etapas da busca de doador não-aparentado no exterior:

a) na inexistência de doador nacional não-aparentado no REDOME, conforme descrito no item III-3.1, acima, o SNT, por intermédio do REREME, incluirá o receptor para a busca internacional de doador não-aparentado e dará início à busca;

b) uma vez identificado e confirmado um doador internacional, a Regulação do subsistema de TCTH do SNT, levando em consideração os critérios de priorização na lista de atendimento, estabelecidos no item IV - CADASTRO DE RECEPTORES deste Anexo, procederá à indicação do hospital transplantador, seja ele integrante ou não do SUS e dará ciência à CNCDO solicitante e executora, considerando-se os mecanismos usuais de autorização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD); e

c) no caso de localização de doador no exterior, o SNT ou instituição por ele designada, providenciará o cumprimento das exigências para o envio do material doado ao hospital autorizado para TCTH alogênico não-aparentado, credenciado/habilitado ou não no SUS, onde se dará o transplante, determinado pelo SNT.

IV - CADASTRO DE RECEPTORES

1. Lista para atendimento Os receptores deverão ser cadastrados e organizados em listas de atendimento da seguinte forma:

a) todos os hospitais autorizados para a realização de TCTH autólogo deverão, obrigatoriamente, manter atualizados seus cadastros de receptores junto às CNCDOs dos respectivos estados, por meio de formulário específico constante do Anexo LXXV a este Regulamento.

É também obrigatório o envio mensal, pelas CNCDOs dos respectivos Estados, dos cadastros atualizados à Coordenação-Geral do SNT. Essas medidas poderão ser substituídas assim que estiver disponível o programa informatizado específico para tal;

b) todos os hospitais autorizados para a realização de TCTH alogênico aparentado deverão, obrigatoriamente, manter atualizados seus cadastros de receptores junto às CNCDOs dos respectivos Estados, por meio do REREME;

c) todos os hospitais autorizados para a realização de TCTH alogênico não-aparentado, credenciados/ habilitados ou não no

SUS, deverão, obrigatoriamente, manter atualizados seus cadastros de receptores junto às CNCDOs dos respectivos Estados e ao REREME;

d) os cadastros de receptores candidatos a TCTH alogênico deverão, além das informações sobre o receptor, informar a existência e a identidade do doador identificado;

e) os receptores inscritos no REREME e que estão em processo de busca de doador voluntário no Brasil ou no exterior deverão integrar cadastros específicos, independentes dos cadastros de receptores com doadores parentes identificados;

f) a alocação de leitos nos hospitais autorizados, integrantes ou não do SUS, far-se-á observando

se os critérios de priorização por gravidade, curabilidade, tempo de inscrição em lista única e de ordem logística;

g) os critérios de priorização na Lista para Atendimento para transplantes alogênicos por hospital autorizado, credenciado/habilitado ou não no SUS, serão utilizados nacionalmente, observandose o item II - Critérios de Indicações, deste Anexo, e com base nos seguintes fatores, demonstrados pela tabela de pontuação especificada a seguir:

Doença *	Urgência	Curabilidade	Q Constante(**)
Anemia aplástica grave/síndrome mielodisplásica hipocelular / imunodeficiência combinada severa	100	80	180
Mielofibrose primária em fase evolutiva	80	40	120
Leucemia aguda falha de indução	100	15	11 5
Leucemia aguda em 2ª ou remissões posteriores	80	30	11 0
Síndrome mielodisplásica em transformação	70	40	11 0
Leucemia mieloide crônica - fase acelerada (de transformação)	90	20	11 0
Leucemia aguda 1ª remissão completa	50	55	105
Leucemia mieloide crônica - fase crônica < 1 ano diagnóstico e 20 anos de idade	< 20	80	100
Talassemia major	10	90	100

Síndromes mielodisplásicas outras /leucemia mielomonocítica crônica	40	50	90
Leucemia mielóide crônica - fase crônica outras	30	50	80

(*) As situações previstas no subitem 4.1 do item II serão analisadas em separado.

(**) A cada dia soma-se 0,33 (trinta e três centésimos) ponto igualmente para todos os casos, a partir da data de inclusão do receptor na lista. Receptores menores de 13 anos, independentemente da doença, deverão ter o seu escore final acrescido de 20 pontos.

h) a pontuação relacionada às tabelas acima será revista anualmente pela Câmara Técnica ou por demanda do SNT;

i) a atualização dos cadastros junto às CNCDOs será imediata e deverá conter, a cada alteração, os escores também atualizados dos receptores, utilizando-se o software de gerenciamento em tempo real;

j) uma vez encontrado leito disponível para receber o receptor priorizado, este (ou seu responsável legal) deverá autorizar formalmente o hospital/equipe a realizar o procedimento indicado, nos termos do consentimento informado constante do Anexo LXXIV a este Regulamento;

l) a priorização também deve considerar, em ordem decrescente, a espera por um primeiro, segundo ou terceiro transplante, conforme especificado no subitem 4 de II - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO;

m) o SNT consultará os hospitais autorizados para transplantes alogênicos, credenciados/habilitados ou não no SUS, a realizar a modalidade de transplante indicada para aquele caso, em busca de disponibilidade de leito para reconduzir o paciente priorizado por gravidade. Para isso, será utilizado o programa informatizado de Regulação do Subsistema de TCTH do SNT; e

n) entre receptores que tenham o mesmo escore final, prevalecerá o que primeiro estiver pronto para o transplante e, em caso de receptor com escore maior, mas ainda não-pronto para transplante, prevalecerá aquele com escore imediatamente abaixo que estiver pronto.

2. Acompanhamento pós-TCTH:

a) os receptores transplantados originários dos próprios hospitais transplantadores neles, devem continuar sendo assistidos e acompanhados; e

b) os demais receptores transplantados deverão, efetivada a alta do centro hospital transplantador, ser devidamente reencaminhados aos seus hospitais de origem, para a continuidade da assistência e o acompanhamento, devendo ser mantida a comunicação entre os hospitais de modo a que o hospital solicitante conte, sempre que necessário, com a orientação do hospital transplantador e este, com as informações atualizadas sobre a evolução dos transplantados.

ANEXO LXXII

TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOÉTICAS - TCTH NORMAS PARA AUTORIZAÇÃO, CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO E RENOVAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO OU CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS

I - DEFINIÇÕES

1. Autorização - Ato do gestor federal de saúde de licenciamento necessário a todos os hospitais transplantadores, inclusive de TCTH, para credenciamento ou não no SUS, efetuado pelo SNT e previsto na Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, no Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e nos arts. 479 a 482 deste Regulamento.

2. Cadastramento - Ato do gestor municipal ou estadual de saúde de cadastrar o estabelecimento de saúde, previamente autorizado para a realização de transplante de medula óssea ou para TCTH de qualquer esfera administrativa, prestador ou não de serviços ao SUS, existente em seu território e sob sua gestão (responsável pelo alvará de funcionamento) no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES.

3. Credenciamento - Ato do gestor municipal ou estadual do SUS de contratar um estabelecimento de saúde já cadastrado no CNES, para atendimento pelo SUS, após ter sido identificada a necessidade de complementar a oferta de serviços, visando à ampliação da cobertura assistencial de sua população, em consonância com a Programação Pactuada e Integrada - PPI e o orçamento disponível. O credenciamento pode ser para a prestação de serviços ambulatoriais (prestador incluído no Sistema de Informações Ambulatoriais/SIA-SUS), hospitalares (prestador incluído no Sistema de Informações Hospitalares/ SIH-SUS) ou ambos.

4. Habilitação 4.1. Habilitação em nível municipal/estadual - É o ato de o gestor municipal ou estadual autorizar um estabelecimento de saúde já credenciado para atendimento pelo SUS a realizar determinados procedimentos especiais da tabela do SUS.

4.2. Habilitação em nível federal - É o ato de o gestor federal autorizar determinados serviços existentes num estabelecimento de saúde, já credenciado para atendimento pelo SUS, para realizar determinados procedimentos especiais da tabela do SUS ou receber um incentivo para a realização de procedimentos do FAEC/Estratégico, caso daqueles relativos ao TCTH.

II - NORMAS GERAIS

1. Processo de Autorização ou de Credenciamento/Habilitação no SUS.

1.1. A criação de qualquer Serviço de TCTH, integrante ou não-integrante do Sistema Único de Saúde - SUS, observará a necessidade de atendimento à demanda, segundo parâmetros epidemiológicos, orientados pelos planos diretores de regionalização e demais necessidades do gestor local de saúde e do Sistema Nacional de Transplante.

1.2. Para a criação de qualquer Serviço de TCTH, integrante ou não-integrante do Sistema Único de Saúde, será necessária declaração do respectivo hospital quanto ao interesse em credenciar-se, ou não, no SUS, bem como de consulta ao respectivo gestor local de saúde sobre as normas vigentes, a necessidade de criação de novos serviços e a possibilidade de credenciamento do hospital, sem as quais os gestores, nas respectivas competências, não se obrigam à autorização, credenciamento ou habilitação.

1.3. Novas autorizações e a renovação de autorizações ficarão pendentes dos parâmetros epidemiológicos e de regulação definidos pelo SNT e pelos gestores locais de saúde.

1.4. Em qualquer caso, solicitação de autorização ou de credenciamento/habilitação (orientada por categoria: I - autólogo; II - autólogo e alogênico aparentado; e III - autólogo, alogênico aparentado e alogênico não-aparentado) deverá ser formalizada junto ao gestor local de saúde, que se encarregará da avaliação inicial e das condições de funcionamento do Serviço, por meio da análise do processo instruído, de vistoria in loco, liberação fornecida pela Vigilância Sanitária - VISA local e emissão de parecer conclusivo a respeito da categorização e do

credenciamento, bem como da integração do hospital a que pertence o Serviço, na rede de referência local e regional, obedecendo aos Planos Diretores de Regionalização, de Regulação Assistencial e de outras políticas de saúde de interesse do Gestor.

1.5. Uma vez aprovada a solicitação de autorização e/ou de credenciamento pelos respectivos gestores locais de saúde, o processo será encaminhado à Coordenação-Geral do SNT, que avaliará essa solicitação, decidirá sobre a realização de visita técnica in loco, por representante do SNT, da CNCDO do Estado e um integrante da câmara técnica, em regime de rotação, emitindo parecer conclusivo a respeito da autorização e/ou do credenciamento.

1.6. A Coordenação-Geral do SNT enviará ao gestor local de saúde a documentação relativa à autorização para funcionamento do Serviço. Quando for o caso, este encaminhará as providências para o credenciamento/habilitação junto ao SUS, obedecendo às normas vigentes que regulamentam o processo seletivo de contratação de serviços.

2. Exigências gerais para autorização e para credenciamento/habilitação.

2.1. A manutenção da autorização, e, quando for o caso, do credenciamento/habilitação do hospital para TCTH estará vinculada à decisão pela realização, ou não, de auditorias indicadas pela Coordenação-Geral do SNT, segundo a avaliação estatística anual do funcionamento dos serviços, que se orientará, além do atendimento às normas específicas, pelos seguintes parâmetros: taxa de sobrevida em um, cinco e dez anos, e a produção mensal ou anual mínima, conforme estabelecidos no item III deste Anexo. A comparabilidade das taxas de sobrevida em um, cinco e dez anos deverá ser feita conforme parâmetros definidos pela Câmara Técnica específica composta no SNT, por tipo de transplante e por anos de sobrevida livre de doença e sobrevida global dos transplantados.

2.2. A autorização para realização de transplantes de medula óssea será de dois anos.

2.3. A renovação da referida autorização deverá ser solicitada pelo hospital pelo menos 60 dias antes da expiração do prazo de validade e estará condicionada aos parâmetros descritos no item III a este Anexo.

2.4. No momento da renovação da referida autorização (ou, no caso de hospital já com mais de 2 anos de atividade de TCTH, a qualquer momento), poderá ser solicitada ou efetuada, com base nas auditorias indicadas pela Coordenação-Geral do SNT, a reclassificação do hospital para uma categoria anterior ou posterior, imediata ou mediata, conforme o especificado no item III a este Anexo.

2.5. Um profissional não pode integrar a equipe de mais de dois hospitais, e o responsável só o pode ser por um dos serviços, sendo que o mesmo profissional ou a mesma equipe transplantadora só pode integrar as equipes de, no máximo, dois diferentes hospitais.

3. NORMAS ESPECÍFICAS

3.1. Equipe Técnica:

a) serão utilizados, com as devidas ressalvas, os mesmos critérios para avaliação das equipes técnicas para fins de autorização e de credenciamento/habilitação tanto para hospitais em que se realizem transplantes autólogos quanto alogênicos;

b) os médicos transplantadores deverão ter experiência comprovada para cada tipo de transplante (autólogo e alogênico) que executem, sendo que o TCTH autólogo pode ser da exclusiva responsabilidade de um serviço/equipe de hematologistas com experiência comprovada em hemopatias malignas;

c) o Responsável Técnico pelo Serviço deverá possuir especialização em Hematologia, Oncologia Clínica ou Oncologia Pediátrica e experiência em quimioterapia de alta taxa de dose, suporte terapêutico e doenças infecciosas e, no caso de transplantes alogênicos, treinamento em Serviço de Transplante de Medula Óssea, durante pelo menos 1 (um) ano, com capacidade para diagnosticar e tratar a doença-do-enxerto-contrário;

c.1) o serviço de Hematologia com TCTH autólogo é da exclusiva responsabilidade do chefe hematologista com experiência comprovada em hemopatias malignas;

d) o hospital deverá contar com profissionais médicos nas áreas de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Doenças Infecciosas, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Hemoterapia, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Patologia, Pediatria e, disponível, profissional responsável com experiência em criopreservação e manuseio de células-tronco;

e) o hospital deverá contar com profissionais de enfermagem com experiência em cuidados de pacientes aplasiados ou imunossuprimidos na proporção de 1 (um) profissional para cada 4 (quatro) pacientes para transplantes autólogos; 1 (um) para 3 (três) para os alogênicos aparentados; e 1 (um) para 2 (dois) para os alogênicos não-aparentados; em cada um desses grupos deve-se incluir pelo menos um profissional de nível superior;

f) o Supervisor de Enfermagem deverá ter experiência em Serviço de TCTH de, no mínimo, 6 (seis) meses para TCTHs alogênicos e, em Serviço de Hematologia que trate de hemopatias malignas de, no mínimo, 4 meses para TCTH autólogo; e

g) o hospital deve dispor de assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e odontólogo.

3.2. Instalações Físicas:

a) serão utilizados, com as devidas ressalvas, os mesmos critérios para avaliação das instalações físicas para fins de autorização ou de credenciamento/habilitação, tanto para hospitais em que se realizem transplantes autólogos quanto alogênicos;

b) o hospital a ser autorizado ou credenciado/habilitado para TCTH deve apresentar condições de assistir o doente 24 horas por dia, com médico da equipe transplantadora alcançável, e possuir leitos de internação específicos para TCTH - com estrutura de suporte para cuidados semi-intensivos para TCTH autólogo, enfermarias e quartos de isolamento, posto de enfermagem e rotinas de cuidados semiintensivos, com o mínimo de 2 (dois) leitos para TCTH autólogo, sendo um 1 (um) para reinternação, ou de cuidados intensivos para TCTHs alogênicos, quartos isolados, posto de enfermagem e rotinas de cuidados intensivos, com o mínimo de 3 (três) leitos, sendo 1 (um) para reinternação, com banheiros privativos e sistema de filtragem de ar recomendável;

b.1) o hospital com Serviço de Hematologia com TCTH autólogo deve contar com Unidade de Terapia Intensiva pelo menos do tipo II; e

c) o hospital deve ter um ambulatório com estrutura de Hospital-Dia, com condições para administração intravenosa de medicamentos, quimioterapia, hemoterapia e realização de procedimentos invasivos (biópsias, punções etc.).

3.3. Serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico O hospital com Serviço de TCTH deve, inclusive para atendimento de Hospital-Dia, dispor dos seguintes serviços, próprios ou de referência, conforme a Portaria nº 494/SAS/MS, de 20 de agosto de 1999, que trata da organização da rede de serviços de referência:

a) serviço com equipamentos e capacidade para manipulação de medula óssea e sangue periférico, incluindo criopreservação e manejo de material ABO incompatível, para os transplantes alogênicos;

b) Laboratório(s) de Biologia Molecular, Citogenética e Imunofenotipagem;

c) Laboratório de Histocompatibilidade próprio ou contratado (para os casos de transplantes alogênicos aparentados e não-aparentados), classificado como de tipo II, de acordo com o estabelecido na Portaria nº 1.313/GM, de 30 de novembro de 2000;

d) Serviço de Hemoterapia com capacidade de dispor, durante as 24 horas, de hemácias, plaquetas e outros componentes, e acesso à irradiação de todos esses itens, com sistemas de aférese disponíveis;

e) Serviço de Radiologia com Tomografia Computadorizada, disponível 24 horas;

f) Laboratório de Patologia Clínica com oferta de exames de microbiologia (bactérias, fungos e vírus) disponível 24 horas e exames de citogenética;

g) Serviço de Anatomia Patológica;

h) Serviço de Radioterapia, próprio ou contratado, com capacidade para realizar irradiação corporal total;

i) Serviço de Endoscopia Gastro-Enteral e Brônquica;

j) Serviço de Nutrição;

k) transporte; e

l) farmácia (que deve fornecer os medicamentos para o tratamento do transplantado, quando sob atendimento da responsabilidade direta do hospital transplantador).

4. CLASSIFICAÇÃO E CRITÉRIOS DE PROGRESSÃO DAS CATEGORIAS

Os hospitais autorizados para TCTH, credenciados/habilitados ou não no SUS, deverão ser classificados nas seguintes categorias, que também definem as bases da sua reclassificação de acordo com o estabelecido no item II-2 deste Anexo e em todas elas, as taxas de sobrevida em um, cinco e dez anos devem ser minimamente compatíveis com as taxas médias definidas pela Câmara Técnica para TCTH do SNT, para os respectivos tipos de transplante e anos de sobrevida livre de doença e sobrevida global dos doentes transplantados:

a) tipo I: hospitais com serviço de Hematologia com TCTH autólogo com estrutura e equipe técnica definidas nas normas específicas deste Regulamento e Anexos. A produção mínima anual de 12 (doze) transplantes autólogos deverá ser alcançada e mantida, após os 2 (dois) primeiros anos de atividade do Serviço;

b) tipo II: hospitais com serviço(s) de transplante destinado(s) aos TCTH autólogo e alogênico aparentado com estrutura e equipe técnica definidas nas normas específicas deste Regulamento e Anexos, e com pelo menos 2 (dois) anos de atividade como tipo I, condicionada pela avaliação da Coordenação-Geral do SNT, nos termos do exposto no item II-2 deste Anexo. A produção mínima anual de 30 (trinta) transplantes, sendo 10 (dez) autólogos e 20 (vinte) alogênicos aparentados - considerada a capacidade instalada e a disponibilidade de doadores para transplantes alogênicos aparentados por ano - deverá ser alcançada e mantida, após os 2 (dois) primeiros anos de atividade do Serviço; e

c) tipo III: hospitais com serviço de transplante destinado aos TCTHs autólogos e alogênicos aparentados e não-aparentados com estrutura e equipe técnica definidas nas normas específicas deste Regulamento e Anexos, e cuja autorização ou credenciamento é de exclusiva decisão do Ministério da Saúde, com base na avaliação da Coordenação-Geral do SNT, nos termos do exposto no item II-2 deste Anexo e na necessidade de criação de novos serviços. A produção mínima anual de 30 (trinta) transplantes, sendo 10 (dez) autólogos e 20 (vinte) alogênicos aparentados ou não-aparentados - considerada a capacidade instalada - deverá ser alcançada e mantida após os 2 (dois) primeiros anos de atividade do Serviço.

ANEXO LXXIII

HOSPITAL-DIA PARA TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS TCTH REGULAMENTO TÉCNICO

1. INSTALAÇÕES FÍSICAS

O Hospital-Dia deve dispor de:

- a) consultórios para atendimento;
- b) sala de procedimentos (punção medular, punção lombar, biópsias de medula óssea, biópsia de pele, biópsia hepática, inserção de cateter venoso em veia central e coleta de sangue e fluidos para exames);
- c) quartos para repouso, administração de medicação e precursores hematopoéticos;
- d) posto de enfermagem; e
- e) sala para administração de medicações com poltronas ou leitos em número equivalente a, no mínimo, 60% do número de leitos específicos de internação para TCTH.

2. PRINCIPAIS INDICAÇÕES PARA USO DO HOSPITAL-DIA

Tratamento de infecções fúngicas, virais e bacterianas.

Tratamento para a hipogamaglobulinemia.

Desequilíbrio hidroeletrolítico leve.

Mobilização de precursores hematopoéticos de sangue periférico para transplante de medula óssea.

Nutrição parenteral intermitente e hemoterápicos.

Pulsoterapia.

3. CONDIÇÕES QUE NÃO DEVEM SER TRATADAS EM HOSPITAL-DIA (INDICAÇÕES DE REINTERNAÇÃO)

Tratamento de infecções graves com resposta insuficiente aos antibióticos ou antifúngicos administrados ambulatorialmente.

Doença do enxerto contra hospedeiro, aguda - GII - IV e que necessita de doses elevadas de corticosteroides para controle de diarreia volumosa (perda de > 500ml/dia).

Cistite hemorrágica de origem viral ou tóxica necessitando de irrigação vesical para minimizar os riscos de nefropatia obstrutiva.

Convulsões.

Pneumonites tóxicas.

Hepatite grave com alteração da função hepática.

Alterações metabólicas graves.

Alterações hidroeletrólíticas graves.

4. MEDICAMENTOS MAIS FREQUENTEMENTE UTILIZADOS

Antifúngicos.

Antivirais.

Imunoglobulina venosa.

Imunossupressores.

Hemoterápicos.

Antibióticos venosos.

Nutrientes parenterais.

Soluções eletrólíticas endovenosas.

Fatores de estimulantes de crescimento hematopoético.

ANEXO LXXIV

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA RECEPTOR DE TRANSPLANTE DE CÉLULASTRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH)

Eu,

, abaixo identificado(a) e firmado(a),

portador(a) de _____, em

Nome do paciente

Nome da doença

tratamento no Hospital

_____ de

Nome do hospital

Nome do município e da unidade da federação

_____ declaro ter sido informado(a)
claramente sobre todos os benefícios, cuidados e riscos
relacionados ao TCTH de medula óssea () de sangue periférico ()
) de sangue de cordão umbilical () aparentado () não-
aparentado.

Declaro também que os termos médicos foram explicados e todas
as minhas dúvidas esclarecidas pelo médico.

CRM

Nome do responsável pela equipe que inscreveu o paciente
Número e unidade da Federação Estou ciente, principalmente, de
que meu estado de saúde requer tratamento imediato com TCTH
e de que não há leitos disponíveis no hospital em que venho
recebendo tratamento.

Também estou ciente de que o SNT, por meio da Central Nacional
de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, está
oferecendo a possibilidade de realizar meu tratamento com TCTH
no Hospital

_____,

de _____,

Nome do hospital Nome do Município Unidade da Federação Fui também informado(a) de que o hospital indicado pelo SNT está autorizado para a realização da modalidade de transplante de que necessito como terapêutica e que apresenta condições técnicas de atendimento semelhantes ao hospital em que vinha realizando meu tratamento.

Declaro, portanto, por este instrumento, que estou ciente de que não há, no momento, possibilidade de realizar o TCTH de que necessito no hospital em que venho recebendo tratamento e expresso minha concordância e livre e espontânea vontade de realizá-lo em outro hospital, indicado pelo SNT/SAS/MS.

_____, ____/____/____
Local Data

(Assinatura do paciente)

, portador(a) da RG

(Nome do paciente) (Número/órgão expedidor/data de expedição)

Endereço Telefone (código DDD+número)

portador(a) da RG

Nome da 1ª testemunha Número, órgão expedidor, data expedição

Endereço Telefone (código DDD+número)

Assinatura da 1ª testemunha

, portador(a) da RG

, Nome da 2ª testemunha Número, órgão expedidor, data
expedição

Endereço Telefone (código DDD+número)

Assinatura da 2ª testemunha Caso o paciente seja menor de
idade ou tenha outro comprometimento que o impeça de tomar
decisões, o representante legal abaixo designado é quem assume
a responsabilidade de fazer esta opção.

_____/____/____
,Local e Data

Assinatura

portador(a) da RG

Nome do(a) responsável legal Número, órgão expedidor, data
expedição

Grau de parentesco ou situação legal

Endereço Telefone (código DDD+número)

ANEXO LXXV

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA COORDENAÇÃO-
GERAL DO SNT

FORMULÁRIO PARA FORNECIMENTO DE INFORMAÇÕES REFERENTES A TRANSPLANTES DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICO

1. Nome do receptor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone: ()

2. Data de nascimento: __/__/__

3. Nacionalidade:

4. Naturalidade:	
5. CNCDO de origem:	
6. Hospital de origem:	
7. Médico assistente:	
8. CRM:	
9. Diagnóstico: CID:	
10. Tipo do transplante:	
Autólogo	
11. Data do transplante: / /	
12. Médico responsável:	CRM:
13. Hospital onde foi realizado o transplante:	
14. Intercorrências durante o transplante:	
15. Nome do responsável pelo preenchimento:	
16. Função:	
17. Assinatura do responsável pelo preenchimento:	

ANEXO LXXVI

CRITÉRIOS PARA A ALOCAÇÃO ORÇAMENTÁRIA REFERENTE À POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A distribuição e a alocação para os Estados e o Distrito Federal dos recursos federais para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde obedecerá aos critérios conforme o quadro que se segue.

O primeiro grupo de critérios trata da adesão às políticas setoriais de saúde que propõem a alteração do desenho tecno-assistencial em saúde. Quanto maior a adesão a esse grupo de políticas, maior será a necessidade de investimento na qualificação e desenvolvimento de profissionais para atuar numa lógica diferenciada. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. Os dados utilizados são da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS e DAPE/SAS) para o ano anterior. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C1: Cobertura das Equipes de Saúde da Família (10%);

C2: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (10%); e

C3: Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial - 1 caps/100.000hab (10%).

O segundo grupo de critérios trata da população total do Estado e do quantitativo de profissionais de saúde que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde. Quanto maior o número de

profissionais e maior a população a ser atendida, maior será a necessidade de recursos para financiar as ações de formação e desenvolvimento desses profissionais. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. As bases de dados são do IBGE - população estimada para o ano anterior e pesquisa médicosanitária de 2005, ou sua versão mais atual. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C4: Número de profissionais de saúde que presta serviço para o SUS (20%); e

C5: População total do Estado (10%).

O terceiro e o último conjunto de critérios buscam dar conta das iniquidades regionais. Os critérios utilizados nesse grupo são: o IDH-M e o inverso da concentração de instituições de ensino com cursos de saúde. Quanto menor o IDH-M, maiores as barreiras sociais a ser enfrentadas para o atendimento à saúde da população e para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, quanto menor a concentração de instituições de ensino na área da saúde, maior a dificuldade e maior o custo para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Nesse sentido, maior recurso será destinado aos locais com menor disponibilidade de recursos para o enfrentamento do contexto local. O financiamento maior dessas áreas visa ainda desenvolver a capacidade pedagógica local. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 40% (quarenta por cento) do total. As bases de dados utilizadas foram o IDH-M 2000 - PNUD e as informações do MEC/INEP e do MS/RETSUS em relação à concentração de instituições de ensino. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C6: IDH-M 2000 (20%); e

C7: Inverso da Concentração de Instituições de Ensino (Instituições de Ensino Superior com Curso de Saúde [MEC/INEP] e Escolas Técnicas do SUS [MS/RETSUS] - (20%).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados e o Distrito Federal para a Política de Educação Permanente em Saúde.

Impacto	Indicador Mensurável	Critério	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas	Cobertura de	C1	10	30%

de Gestão do SUS	Equipes de Saúde da Família			
	Cobertura de Equipes de Saúde Bucal	C2	10	
	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	C3	10	
Público Alvo e População	Nº de Profissionais de Saúde (atuam no serviço público)	C4	20	30%
	População Total do Estado	C5	10	
Iniquidades Regionais	IDH-M (por faixa)	C6	20	40%
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada	C7	20	
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual: $CE = [10.(C1 + C2 + C3) + 20.C4 + 10.C5 + 20.(C6 + C7)]/100$			100	100%

O Colegiado de Gestão Regional deve observar e incentivar a criação de mecanismos legais que assegurem a gestão dos recursos financeiros alocados para uma região de saúde e que permitam remanejamento de recursos financeiros em consonância com a necessidade do respectivo nível de gestão do SUS e com as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

ANEXO LXXVII

DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA A CONSTITUIÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

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.

1. Do conceito de Educação Permanente em Saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional.

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, seja no estadual, seja no regional e seja mesmo no municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações.

Ela é feita baseando-se nos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam valendo-se da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, em seus problemas e desafios.

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. 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, ambulatoriais 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.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a cogestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde.

2. Relação do Colegiado de Gestão Regional com as Comissões de Integração Ensino-Serviço para o SUS O Colegiado de Gestão Regional deverá coordenar a estruturação/reestruturação das Comissões de Integração Ensino-Serviço. O Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde

PAREPS servirá de norteador para as atividades das Comissões de Integração Ensino-Serviço na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço apoiarão os gestores do Colegiado de Gestão Regional na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde.

Nessa perspectiva, essas comissões assumirão o papel de indutor de mudanças, promoverão o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, a fim de superar a tradição de se organizar um menu de capacitações/treinamentos pontuais.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde será elaborado coletivamente pelo Colegiado de Gestão Regional com apoio das Comissões de Integração Ensino-Serviço baseandose em um processo de planejamento das ações de educação na saúde.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, elaborado de acordo com o Plano Regional de Saúde e coerente com os arts. 28 a 31 deste Regulamento aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, e deverá conter:

- caracterização da região de saúde - definição dos Municípios constituintes, dos fluxos e equipamentos de atenção à saúde na

região; os principais indicadores e metas estratégicas de investimento e implementação de serviços de saúde;

- identificação do(s) problema(s) de saúde - identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços daquela região, assim como seus descritores;

- caracterização da necessidade de formação em saúde - identificar a necessidade de determinadas categorias profissionais e de desenvolvimento dos profissionais dos serviços considerando o perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde de uma dada região;

- atores envolvidos - identificar os atores envolvidos no processo, considerando a discussão política, da elaboração até a execução da proposta apresentada;

- relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde - identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; definir e justificar a prioridade de um problema ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas, guardando as especificidades regionais; descrever ações a curto, médio e longo prazos, para o enfrentamento das necessidades identificadas; formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si;

- produtos e resultados esperados - estabelecer metas e indicadores de processos e resultados para o acompanhamento e avaliação a curto, médio e longo prazos;

- processo de avaliação do plano - identificar a metodologia da avaliação a ser utilizada, bem como os atores, os recursos e um cronograma para a sua execução; e

- recursos envolvidos para a execução do plano - analisar a viabilidade do plano a partir dos recursos disponíveis. Considerar os recursos financeiros alocados pelas três esferas de governo e os recursos materiais, de infraestrutura e de tempo, entre outros.

O Colegiado de Gestão Regional encaminhará o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde - PAREPS às Comissões de Integração Ensino-Serviço, que trabalharão na construção de projetos e estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores a ser apresentadas ao Colegiado de Gestão Regional.

O Colegiado de Gestão Regional, então, deverá validar e acompanhar a execução dos projetos apresentados pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço. Essa validação deverá considerar:

- a coerência entre as ações e estratégias propostas e o PAREPS;
- o consenso em relação à análise de contexto da região e dos problemas dos processos de trabalho e dos serviços de saúde daquela região;
- um dimensionamento adequado entre objetivos e metas e as ações propostas;
- a pactuação do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde no colegiado, devidamente vinculado a um Plano Regional de Saúde contemplando a solução dos diversos problemas de saúde e a melhoria do sistema de saúde regional;
- os princípios do SUS; e
- a legislação vigente.

Em caso de não-aprovação pelo Colegiado, os projetos e estratégias de intervenção deverão ser devolvidos às Comissões de Integração Ensino-Serviço para adequação.

A constituição de cada Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá se dar num movimento inclusivo de todas as representações institucionais acima elencadas, articulado e coordenado pelo Colegiado de Gestão Regional, observando as diretrizes operacionais aqui descritas e o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde.

O Colegiado de Gestão Regional poderá pactuar e definir pela integração de outras instituições à Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

As instituições deverão garantir aos seus representantes a participação efetiva e comprometida com a produção coletiva, com a gestão colegiada e democrática da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço e com a construção de arranjos interinstitucionais para a execução das ações propostas.

O que se pretende é desenvolver e aumentar a capacidade pedagógica regional para a intervenção na área da saúde, por meio da disseminação e da utilização do conceito de Educação

Permanente em Saúde como orientador das práticas de educação na saúde, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá ter condução e coordenação colegiada, deverá reunir-se regularmente e trabalhar para a execução e acompanhamento do PAREPS.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá acompanhar, monitorar e avaliar os projetos implementados e fornecer informações aos gestores do Colegiado de Gestão Regional para que estes possam orientar suas decisões em relação ao PAREPS.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço para o SUS deverá apresentar os projetos elaborados considerando o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, para que os projetos sejam avaliados e aprovados no CGR.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço para o SUS deverá constituir um projeto de atividades, designando a sua necessidade de alocação orçamentária e sua relação com o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos apresentados pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço devem conter:

- nome de ação educativa;
- justificativa da ação. Análise de contexto da situação atual e dos problemas enfrentados pelos serviços e a proposição de estratégias para o enfrentamento dessa situação;
- objetivo da ação;
- público-alvo (identificação das instituições, das áreas de atenção e da vinculação ao SUS dos atores envolvidos);
- metodologia utilizada;
- duração e cronograma de execução;
- plano de metas/indicadores;
- resultados esperados;
- titulação a ser conferida (se for o caso);

- planilha de custos e cronograma de execução financeira;
- dados da instituição executora (as CIBs deverão listar dados mínimos);
- dados da instituição beneficiária (as CIBs deverão listar dados mínimos); e
- responsável pela coordenação do projeto com os respectivos contatos.

ANEXO LXXVIII

DIRETRIZES E ORIENTAÇÃO PARA A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE NÍVEL TÉCNICO NO ÂMBITO DO SUS

A formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

As ações para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de nível técnico da área da saúde devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social.

As instituições executoras dos processos de formação dos profissionais de nível técnico no âmbito do SUS deverão ser preferencialmente as Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e Escolas de Formação Técnica Públicas.

Outras instituições formadoras poderão ser contempladas, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para a formação de nível técnico. A execução da formação técnica também poderá ser desenvolvida por equipes do Estado/Município em parceria com as Escolas Técnicas. Em todos esses casos as Escolas Técnicas do SUS deverão acompanhar e avaliar a execução da formação pelas instituições executoras.

Os projetos de formação profissional de nível técnico deverão atender a todas as condições estipuladas neste Regulamento e ao plano de curso (elaborado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico na área de Saúde) e devem contemplar:

- justificativa;
- objetivo;
- requisito de acesso;
- perfil profissional de conclusão;
- organização curricular ou matriz curricular para a formação, informando a carga horária total do curso, a discriminação da distribuição da carga horária entre os módulos, as unidades temáticas e/ou disciplinas e identificação das modalidades (dispersão ou concentração);
- metodologia pedagógica para formação em serviço e estratégias para acompanhamento das turmas descentralizadas; e
- avaliação da aprendizagem: critérios, detalhamento metodológico e instrumentos.

Critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores, com descrição do processo:

- instalações e equipamentos (descrição dos recursos físicos, materiais e equipamentos necessários à execução do curso, tanto para os momentos de trabalho teórico-prático/concentração quanto para os momentos de prática supervisionada/dispersão);
- pessoal docente e técnico, com descrição da qualificação profissional necessária e forma de seleção;
- aprovação do curso no Conselho Estadual de Educação;
- certificação: informação de que será expedido pela escola responsável Atestado de Conclusão do curso;
- relação nominal e caracterização da equipe técnica responsável pela coordenação do projeto, constituída, no mínimo, por um coordenador-geral e um coordenador pedagógico.

Os projetos ainda deverão abranger um Plano de Execução do Curso, um Plano de Formação e uma Planilha de Custos. O Plano de Execução explicita a forma de organização e operacionalização das atividades educativas previstas, apresentando as seguintes informações:

- Municípios abrangidos pelo Projeto;

- número de trabalhadores contemplados pelo Projeto, por Município;
- número total de turmas previstas e número de alunos por turma (informar os critérios utilizados para a definição dos números e a distribuição de vagas);
- relação nominal dos trabalhadores abrangidos pelo Projeto, organizada em turmas, por Município, após a matrícula;
- localização das atividades educativas, por turma, nos momentos de concentração e dispersão (informar critérios utilizados);
- definição e descrição detalhada do material didático pedagógico que será fornecido ao aluno trabalhador;
- planejamento das atividades de acompanhamento das turmas e cronograma de supervisão, com detalhamento das estratégias e metodologias de acompanhamento, bem como da modalidade de registro;
- e - prazo e cronograma de execução detalhado do curso, por turma.

O Plano de Formação Pedagógica para Docentes, por sua vez, deverá apresentar carga horária mínima de 88 horas, sendo o módulo inicial de, no mínimo, 40 horas, realizado antes do início do curso e deverá apresentar:

- temas abordados;
- estratégias e metodologias utilizadas; e
- estratégias de avaliação.

Por fim, a planilha de custos deverá apresentar o valor financeiro total do Projeto, detalhando os itens das despesas necessárias à execução do curso, com memória de cálculo e proposta de cronograma de desembolso.

ANEXO LXXIX DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA, POR UF, SEGUNDO NÍVEL 1 (um) hospital para cada milhão de habitantes com, no mínimo, 1 hospital por Estado

Estado	Nível I	Nível II	Nível III	To t a l
Acre	01	00	00	01

Rondônia	02	00	00	02
Roraima	01	00	00	01
Amapá	01	00	00	01
Pará	03	02	02	07
Amazonas	02	02	01	05
Tocantins	02	00	00	02
Total Região Norte	12	04	03	19

Alagoas	01	01	01	03
Bahia	08	04	02	14
Ceará	04	02	02	08
Pernambuco	04	02	02	08
Paraíba	02	01	01	04
Piauí	02	01	01	04
R. G. do Norte	01	01	01	03
Maranhão	04	01	01	06
Sergipe	01	01	00	02
Total Região Nordeste	27	14	11	52

Distrito Federal	01	01	01	03
Goiás	03	02	01	06
Mato Grosso	01	01	01	03
M. Grosso do Sul	01	01	01	03
Região Centro Oeste	06	05	04	15
Rio Grande do Sul	06	03	02	11
Santa Catarina	03	02	01	06
Paraná	06	02	02	10
Total Região Sul	15	07	05	27

São Paulo	20	12	07	39
Rio de Janeiro	08	05	03	16
Minas Gerais	08	06	05	19
Espírito Santo	01	01	01	03
Total Região Sudeste	37	24	16	77

TOTAL BRASIL	97	54	39	190

ANEXO LXXX

HOSPITAIS DE REFERÊNCIA

NÍVEL I

Critérios para seleção, as exigências a que deverão atender e suas competências.

1. Critérios para seleção Para ser selecionado como Hospital de Referência Nível I, o estabelecimento deve se enquadrar, no mínimo, em uma das seguintes condições:

- Hospital de Referência Regional com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva;

ou - Hospital de Fronteira Internacional com, no mínimo, 50 leitos; ou

- Hospital Geral ou Pediátrico, Universitário ou de Ensino com, no mínimo, 100 leitos.

2. Exigências para a qualificação Para que a unidade seja qualificada como Hospital de Referência Nível I, da Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, deverá atender às seguintes condições:

I - apresentar Termo de Adesão, a ser publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, assinado pelo diretor do hospital e pelo representante da instituição mantenedora;

II - apresentar ato formal específico de criação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia; e

III - comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado à internet.

2.1. Recomendação para composição de equipe profissional É recomendável que o Núcleo disponha de uma equipe composta pelos seguintes profissionais:

I - 1 (um) técnico de nível superior da área de saúde com formação em saúde pública/coletiva/ epidemiologia ou experiência comprovada em saúde pública/vigilância epidemiológica, formalmente designado pelo diretor do hospital como responsável técnico que deve dedicar, no mínimo, 20 horas semanais ao NHE, distribuídas pelos 5 (cinco) dias úteis;

II - 1 (um) profissional de nível médio; e

III - 1 (um) funcionário para desempenho das funções administrativas.

3. Competências As atividades a ser desenvolvidas pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE têm como principal objetivo a realização de ações de vigilância epidemiológica de DNC no ambiente hospitalar. Na medida de suas possibilidades, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia poderá desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia desenvolverá o conjunto de ações descritas abaixo e que visam à detecção e à investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para tal as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

I - elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório, para a detecção de DNC;

II - notificar e investigar as DNC no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;

III - realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SVS;

IV - inserir as informações nas Fichas de Investigação Epidemiológica do banco de dados do SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, respeitando as normas e rotinas estabelecidas pelo SINAN, para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;

- V - participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar;
- VI - promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, bem como serviços de anatomia patológica, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- VII - incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico, em caso de óbito por causa mal definida;
- VIII - estabelecer um fluxo com a farmácia, para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC;
- IX - promover a integração com o serviço de arquivo médico e a comissão de revisão de prontuário do hospital, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;
- X - trabalhar em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e, quando existente no hospital, com o Registro Hospitalar de Câncer, Comissão de Análise de Óbito, Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância;
- XI - participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;
- XII - elaborar e divulgar periodicamente relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar sistematicamente reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais;
- XIII - monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar;
- XIV - monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos; e
- XV - participar do monitoramento e da avaliação dos óbitos maternos e infantis no ambiente hospitalar, nos termos definidos nos arts. 297 a 299 deste Regulamento, e na Portaria nº 1.258/GM, de 28 de junho de 2004.

4. Atividades que podem ser desenvolvidas (não-obrigatórias) De acordo com a realidade de cada serviço, o núcleo poderá incorporar progressivamente outras atribuições da Vigilância Epidemiológica - VE no âmbito hospitalar, tais como:

I - realizar estudos epidemiológicos complementares de DNC no ambiente hospitalar;

II - participar da elaboração e da avaliação de protocolos clínicos das DNC no ambiente hospitalar;

III - avaliar as ações de VE no ambiente hospitalar por meio de indicadores;

IV - participar das atividades de treinamento em biossegurança com os profissionais de saúde;

V - participar das atividades de imunização de profissionais e usuários no ambiente hospitalar; e

VI - assessorar tecnicamente, na unidade, os projetos de pesquisa desenvolvidos que utilizem o método epidemiológico.

ANEXO LXXXI

HOSPITAIS DE REFERÊNCIA

NÍVEL II

Critérios para seleção, as exigências a que deverão atender e suas competências.

1. Critérios para seleção Para ser selecionado como Hospital de Referência Nível II, o estabelecimento deve se enquadrar, no mínimo, em uma das seguintes condições:

- Hospital Geral ou Pediátrico, Universitário ou de Ensino com, no mínimo, 100 leitos; ou

- Hospital Geral ou Pediátrico com mais de 100 e menos de 250 leitos, com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva;

ou - Hospital especializado em Doenças Infecciosas com menos de 100 leitos.

2. Exigências para a qualificação Para que a unidade seja qualificada como Hospital de Referência Nível II, da Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional

de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, deverá atender às seguintes condições:

I - apresentar Termo de Adesão, a ser publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, assinado pelo diretor do hospital e pelo representante da instituição mantenedora;

II - apresentar ato formal específico de criação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE; e

III - comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado à internet.

2.1. Recomendação para composição de equipe profissional É recomendável que o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia disponha de uma equipe composta pelos seguintes profissionais:

- 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde, sendo que pelo menos um deles deverá ter experiência comprovada em saúde pública/vigilância epidemiológica e o outro com formação em saúde pública/coletiva/ epidemiologia formalmente designado pelo diretor do hospital como responsável técnico que deve dedicar, no mínimo, 20 horas semanais ao NHE, distribuídas pelos 5 (cinco) dias úteis;

- 1 (um) profissional de nível médio; e

- 1 (um) funcionário para desempenho das funções administrativas.

O núcleo deverá, preferencialmente, ser integrado por equipe multidisciplinar, objetivando a melhora continuada dos processos de trabalho e desenvolvimento assistencial do hospital, por meio da incorporação de técnicas e conceitos advindos da Epidemiologia, do Planejamento, das Ciências Sociais e da Tecnologia de Informação.

3. Competências As atividades a ser desenvolvidas pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia têm como principal objetivo a realização de ações de vigilância epidemiológica de DNC no ambiente hospitalar. Na medida de suas possibilidades, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia poderá desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia desenvolverá um conjunto de ações descritas abaixo que visam à detecção e à investigação

de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

I - elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;

II - notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;

III - realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SVS;

IV - digitar as Fichas de Investigação Epidemiológica no SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;

V - participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;

VI - monitorar e avaliar, na ausência de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, agravos relacionados ao uso de produtos e tecnologias em saúde;

VII - promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, bem como com serviços de anatomia patológica, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

VIII - incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico em caso de óbito por causa mal definida;

IX - estabelecer um fluxo com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC;

X - promover a integração com o serviço de arquivo médico e a comissão de revisão de prontuário do hospital para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;

XI - trabalhar em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e, quando existente no hospital, com o Registro Hospitalar de Câncer, Comissão de Análise de Óbito, Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância;

XII - realizar estudos epidemiológicos complementares das DNC no ambiente hospitalar;

XIII - elaborar e divulgar periodicamente relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar sistematicamente reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais;

XIV - monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar;

XV - monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;

XVI - participar do monitoramento e da avaliação dos óbitos maternos e infantis no ambiente hospitalar, nos termos definidos nos arts. 297 a 299 deste Regulamento e na Portaria nº 1.258/GM, de 28 de junho de 2004;

XVII - participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, capacitando-os para a realização de Vigilância Epidemiológica - VE no ambiente hospitalar;

XVIII - avaliar as ações de VE no ambiente hospitalar por meio de indicadores; e

XIX - participar das atividades de imunização de profissionais e de usuários no ambiente hospitalar.

4. Atividades que podem ser desenvolvidas (não-obrigatórias) De acordo com a realidade de cada serviço, o núcleo deverá incorporar progressivamente outras atribuições da epidemiologia no âmbito hospitalar, tais como:

I - participar da elaboração e avaliação de protocolos clínicos assistenciais das DNC no ambiente hospitalar;

II - participar das atividades de treinamento em biossegurança com os profissionais de saúde;

III - assessorar tecnicamente, na unidade, os projetos de pesquisa desenvolvidos que utilizem o método epidemiológico; e

IV - monitorar e avaliar, na ausência de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, agravos relacionados ao uso de produtos e tecnologias em saúde.

ANEXO LXXXII

HOSPITAIS DE REFERÊNCIA 0

NÍVEL III

Critérios para seleção, as exigências a que deverão atender e suas competências.

1. Critérios para seleção Para ser selecionado como Hospital de Referência Nível III, o estabelecimento deve se enquadrar, no mínimo, em uma das seguintes condições:

Hospital Especializado em Doenças Infecciosas com mais de 100 leitos; ou

Hospital Geral, com mais de 250 leitos, com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva.

2. Exigências para a qualificação Para que a unidade seja qualificada como Hospital de Referência Nível III, da Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, deverá atender às seguintes condições:

I - apresentar Termo de Adesão, a ser publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, assinado pelo diretor do hospital e pelo representante da instituição mantenedora;

II - apresentar ato formal específico de criação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia; e

III - comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado à internet.

2.1. Recomendação para composição de equipe profissional É recomendável que o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia disponha de uma equipe composta pelos seguintes profissionais:

- 3 (três) técnicos de nível superior da área de saúde, com formação em saúde pública/coletiva/epidemiologia ou experiência comprovada em saúde pública/vigilância epidemiológica com capacitação em Curso Básico em Vigilância Epidemiológica -

CBVE, dos quais pelo menos um deve ter especialização em epidemiologia, formalmente designado pelo diretor do hospital como responsável técnico que deve dedicar, no mínimo, 20 horas semanais ao NHE, distribuídas pelos 5 (cinco) dias úteis;

- 2 (dois) profissionais de nível médio; e

- 2 (dois) funcionários para desempenho das funções administrativas.

O núcleo deverá, preferencialmente, ser integrado por equipe multidisciplinar, objetivando a melhora continuada dos processos de trabalho e desenvolvimento assistencial do hospital, por intermédio de incorporação de técnicas e conceitos advindos da Epidemiologia, do Planejamento, das Ciências Sociais e da Tecnologia de Informação.

3. Competências As atividades a ser desenvolvidas pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia têm como principal objetivo a realização de ações de vigilância epidemiológica de DNC no ambiente hospitalar. Na medida de suas possibilidades, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE poderá desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia desenvolverá um conjunto de ações descritas abaixo que visam à detecção e à investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

I - elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;

II - notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;

III - realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SVS;

IV - digitar as Fichas de Investigação Epidemiológica no SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;

- V - participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;
- VI - monitorar e avaliar, na ausência de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, agravos relacionados ao uso de produtos e tecnologias em saúde;
- VII - promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, bem como serviços de anatomia patológica, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- VIII - incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico em caso de óbito por causa mal definida;
- IX - estabelecer um fluxo com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC;
- X - promover a integração com o serviço de arquivo médico e a comissão de revisão de prontuário do hospital para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;
- XI - trabalhar em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e, quando existente no hospital, com o Registro Hospitalar de Câncer, Comissão de Análise de Óbito, Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, Tecnovigilância, Farmacovigilância, Hemovigilância e Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais CRIE;
- XII - realizar estudos epidemiológicos complementares das DNC no ambiente hospitalar;
- XIII - elaborar e divulgar periodicamente relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar sistematicamente reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais;
- XIV - monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar;
- XV - monitorar, avaliar e capacitar os profissionais envolvidos no preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;

XVI - participar do monitoramento e da avaliação dos óbitos maternos e infantis no ambiente hospitalar, nos termos definidos nos arts. 297 a 299 deste Regulamento e na Portaria nº 1.258/GM, de 28 de junho de 2004;

XVII - realizar treinamentos para os profissionais dos serviços, capacitando-os para a realização de Vigilância Epidemiológica - VE no ambiente hospitalar;

XVIII - proporcionar campo de estágio em VE no ambiente hospitalar para residentes e alunos de cursos de especialização;

XIX - avaliar as ações de VE no ambiente hospitalar por meio de indicadores; e

XX - participar das atividades de imunização de profissionais e usuários no ambiente hospitalar.

De acordo com a realidade de cada serviço, o núcleo deverá incorporar progressivamente outras atribuições da epidemiologia no âmbito hospitalar.

ANEXO LXXXIII

O valor do Fator de Incentivo de acordo com o nível do hospital

Nível	Valor mensal (em 1 R\$)
Nível I	1.500,00
Nível II	3.000,00
Nível III	5.000,00

ANEXO LXXXIV

LISTA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:
I - botulismo;
II - carbúnculo ou antraz;
III - cólera;
IV - coqueluche;
V - dengue;
VI - difteria;
VII - doenças de Chagas (casos agudos);
VIII - doenças meningocócicas e outras meningites;
IX - esquistosomose (em área não endêmica);
X - febre amarela;

XI - febre do nilo;
XII - febre maculosa;
XIII - febre Tifóide;
XIV - hanseníase;
XV - hantavirose;
XVI - hepatites virais;
XVII - infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
XVIII - leishmaniose tegumentar americana;
XIX - leishmaniose visceral;
XX - leptospirose;
XXI - malária;
XXII - meningite por haemophilus influenzae;
XXIII - peste;
XXIV - poliomielite;
XXV - paralisia flácida aguda;
XXVI - raiva humana;
XXVII - rubéola;
XXVIII - síndrome da rubéola congênita;
XXIX - sarampo;
XXX - sífilis congênita;
XXXI - síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS);
XXXII - síndrome respiratória aguda grave;
XXXIII - tétano;
XXXIV - tularemia;
XXXV - tuberculose; e
XXXVI - varíola.

ANEXO LXXXV

LISTA NACIONAL DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓ-RIA:
I - botulismo;
II - carbúnculo ou antraz;
III - cólera;
IV - coqueluche;
V - dengue;
VI - difteria;
VII - doença de creutzfeldt - Jacob;
VIII - doenças de chagas (casos agudos);
IX- doença meningocócica e outras meningites;
X - esquistossomose (em área não endêmica);
XI - eventos adversos Pós-Vacinação;
XII - febre amarela;
XIII - febre do nilo ocidental;
XIV - febre maculosa;
XV - febre tifóide;
XVI - hanseníase;
XVII - hantavirose;
XVIII - hepatites virais;

XIX - infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
XX - influenza humana por novo subtipo (pandêmico);
XXI - leishmaniose tegumentar americana;
XXII - leishmaniose visceral;
XXIII - leptospirose;
XXIV - malária;
XXV - meningite por haemophilus influenzae;
XXVI - peste;
XXVII - poliomielite;
XXVIII - paralisia flácida aguda;
XXIX - raiva humana;
XXX - rubéola;
XXXI - síndrome da rubéola congênita;
XXXII - sarampo;
XXXIII - sífilis congênita;
XXXIV - sífilis em gestante;
XXXV - síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS;
XXXVI - síndrome febril íctero-hemorrágica aguda;
XXXVII - síndrome respiratória aguda grave;
XXXVIII - tétano;
XXXIX - tularemia;
XL - tuberculose; e
XLI - varíola;

ANEXO LXXXVI

DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA:
I - caso suspeito ou confirmado de:
a) botulismo;
b) carbúnculo ou antraz;
c) cólera;
d) febre amarela;
e) febre do nilo ocidental;
f) hantaviruses;
g) influenza humana por novo subtipo (pandêmico);
h) peste;
i) poliomielite;
j) raiva Humana;
l) sarampo, em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior;
m) síndrome febril íctero-hemorrágica aguda;
n) síndrome respiratória aguda grave;
o) varíola;
p) tularemia;
II - caso confirmado de:
a) tétano Neonatal;
III - surto ou agregação de casos ou de óbitos por:
a) agravos inusitados;

b) difteria;
c) doença de chagas aguda;
d) doença meningocócica;
e) influenza humana;
IV - epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos:
a) epizootias em primatas não humanos; e
b) outras epizootias de importância epidemiológica.

ANEXO LXXXVII

Resultados laboratoriais devem ser notificados de forma imediata pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados - LACEN e pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional:
I - resultado de amostra individual por:
a) botulismo;
b) carbúnculo ou antraz;
c) cólera;
d) febre amarela;
e) febre do nilo ocidental;
f) hantavirose;
g) influenza humana por novo subtipo (pandêmico);
h) peste;
i) poliomielite;
j) raiva humana;
l) sarampo;
m) síndrome respiratória aguda grave;
n) varíola;
o) tularemia;
II - resultado de amostras procedentes de investigação de surtos:
a) agravos inusitados;
b) doença de chagas aguda;
c) difteria;
d) doença meningocócica; e
e) influenza humana.

ANEXO LXXXVIII

Normas relativas ao Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST.

1. Acompanhamento da Evolução das Metas Programadas no Plano de Ações e Metas - PAM.

As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, qualificados para o recebimento do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST deverão preencher quadrimestralmente o instrumento de

acompanhamento de metas, de acordo com as metas programadas no respectivo Plano de Ações e Metas - PAM, e encaminhar ao PN-DST/Aids/SVS/MS até 30 dias após o encerramento do quadrimestre em questão.

As informações prestadas em relação ao cumprimento das metas programadas serão analisadas pelo PN-DST/Aids/SVS/MS e, ao final do período de 12 meses, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que não alcançarem as metas previstas no PAM e não apresentarem nenhuma justificativa para o não-atingimento, seja através do sistema de monitoramento, seja no momento do encerramento do período, estarão sujeitos às penalidades previstas, ou seja, o bloqueio do repasse de recursos e desqualificação para o recebimento do Incentivo. Entende-se por bloqueio a interrupção do repasse da(s) parcela(s) do Incentivo, em caráter temporário, determinado por uma situação específica, em que, regularizada a situação determinante, o respectivo gestor de saúde fará jus ao recebimento dos recursos retroativos ao período em que ficou bloqueado.

2. Acompanhamento da Evolução dos Indicadores e Índice Composto de DST Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios qualificados na Política de Incentivo deverão preencher as planilhas dos indicadores e o índice composto de DST e encaminhá-los ao PNDST/ Aids/SVS/MS até 30 dias após a periodicidade definida para cada indicador.

3. Acompanhamento da Evolução da Execução dos Recursos Financeiros A evolução da execução dos recursos financeiros será verificada por meio de dois instrumentos:

3.1. Planilha de demonstrativo financeiro:

As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem encaminhar planilha de demonstrativo financeiro para o PN-DST/Aids/SVS/MS, a cada seis meses. Esse demonstrativo deverá conter as seguintes informações:

- nome do Estado/Município e da UF;
- data da elaboração do demonstrativo;
- valor de recursos próprios aplicados;
- valor empenhado e não pago com recursos do Incentivo;
- valor pago com recursos do Incentivo; e

- valor do recurso do Incentivo repassado para a Organização da Sociedade Civil - OSC (para as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios indicados para receber o recurso destinado às OSC, pela respectiva Comissão Intergestores Bipartite CIB.

No caso do preenchimento do instrumento online, o nome do Estado/Município e a data de elaboração do demonstrativo serão preenchidos automaticamente pelo sistema informatizado.

3.2. Espelho da conta bancária:

O Fundo Nacional de Saúde - FNS deverá encaminhar à SVS, que por sua vez o encaminhará ao PN-DST/Aids/SVS/MS, espelho da conta bancária dos Estados/Municípios qualificados. Caso seja verificado que o Estado/Município ficou seis meses sem movimentar a conta e não exista nenhuma justificativa explicitada na planilha de demonstrativo financeiro ou no acompanhamento das metas, o PN-DST/Aids/SVS/MS enviará carta de solicitação de justificativa para o respectivo gestor de saúde, cuja resposta não deverá ultrapassar 15 dias da data de recebimento. Caso o PNDST/ Aids/SVS/MS não receba justificativa após a data limite, será utilizada somente a informação recebida do FNS para tomar a decisão sobre o bloqueio do recurso.

4. Acompanhamento do Estabelecimento de Parceria com Organização(ões) da Sociedade Civil - OSC:

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios indicados para receber o recurso destinado às OSC, pela respectiva CIB, devem encaminhar quadrimestralmente para o PN-DST/Aids/SVS/MS planilha que demonstre a situação das parcerias com as OSC. Nos casos onde houver parcerias estabelecidas, essa planilha deverá conter, basicamente, as seguintes informações: nome da OSC, CNPJ, título do projeto, população abrangida, valor do projeto, período de vigência e um texto com a análise da execução no quadrimestre. Caso o Estado, o Distrito Federal ou o Município não tenha formalizado nenhuma parceria com OSC até o quadrimestre em questão, essa planilha deverá conter a análise da situação de execução da parceria com as OSC, explicitando a situação atual do processo. Se o gestor estadual/ municipal de saúde não encaminhar a planilha até 30 dias após a periodicidade definida, o PN-DST/AIDS/SVS/MS encaminhará carta de solicitação de justificativa para o respectivo gestor. Nos casos onde se verificar o não-atendimento ao solicitado no item 6 dessa norma, os recursos destinados ao financiamento de ações desenvolvidas por OSC, não utilizados, orçamentária e/ou

financeiramente, para este fim específico, deverão ser devolvidos ao Ministério da Saúde, por meio de código específico orientado pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS.

5. Acompanhamento do Cumprimento das Pactuações para a disponibilização de insumos estratégicos realizadas em CIB:

5.1. Medicamentos para o tratamento de Infecções Oportunistas - IO relacionadas à Aids:

As Comissões Intergestores Bipartite devem encaminhar ao PN-DST/AIDS-SVS/MS, a cada seis meses, um relatório qualitativo, elaborado pelas SES e o DF, contendo uma análise da situação da disponibilização dos medicamentos para tratamento de IO no seu território, informando se a SES e o conjunto de SMS de seus Municípios estão cumprindo o estabelecido na pactuação realizada na respectiva CIB como requisito ao processo de qualificação ao Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, destacando principais problemas e possíveis soluções. Esse relatório deverá conter uma análise global de situação do percentual da disponibilização da relação de medicamentos, bem como, quando for o caso, explicitar eventuais problemas de abastecimento da rede verificados para um ou mais medicamentos específicos.

As Secretarias Municipais de Saúde - SMS, deverão fornecer às Secretarias Estaduais de Saúde - SES as informações necessárias para elaboração do relatório qualitativo.

Caso seja relatado que o Estado, o Distrito Federal ou o Município(s) não esteja(m) cumprindo a pactuação, total ou parcialmente, o PN-DST/Aids/SVS/MS realizará supervisão local e, nos casos onde se comprovar o não-cumprimento, recomendará à CIB o estabelecimento de Termo de Compromisso com o respectivo gestor para a superação conjunta do(s) problema(s) determinante(s). Quando do estabelecimento do Termo de Compromisso, a CIB deverá encaminhar cópia desse ao PN-DST/Aids/SVS/MS.

Se o relatório citado não for enviado ao PNDST/ Aids/SVS/MS até 30(trinta) dias após a periodicidade definida para seu envio, o PN-DST/Aids/SVS/MS encaminhará carta de solicitação de justificativa à respectiva CIB ou ao Secretário de Saúde do Distrito Federal, que terá um período máximo de 15 dias, a contar da data do recebimento da solicitação, para resposta ou envio do relatório em questão. Se, ainda assim, a justificativa ou o envio do relatório não ocorrer, a questão será encaminhada à CIT para resolução.

5.2. Medicamentos para o tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST:

As Comissões Intergestores Bipartite devem encaminhar, a cada seis meses, um relatório qualitativo, elaborado pelas SES e o DF, com uma análise da situação da disponibilização dos medicamentos para tratamento de DST no seu território, informando se a SES e o conjunto de SMS de seus Municípios estão cumprindo o estabelecido na pactuação realizada na respectiva CIB como requisito ao processo de qualificação ao Incentivo no Âmbito do Programa

Nacional de HIV/Aids e outras DST, destacando principais problemas e possíveis soluções. Esse relatório deverá conter uma análise global de situação do percentual de disponibilização da relação de medicamentos, bem como, quando for o caso, explicitar eventuais problemas de abastecimento da rede verificados para um ou mais medicamentos específicos.

As Secretarias Municipais de Saúde - SMS, deverão fornecer às Secretarias Estaduais de Saúde - SES as informações necessárias para elaboração do relatório qualitativo.

Caso seja relatado que o Estado, o Distrito Federal ou o Município(s) não esteja(m) cumprindo a pactuação, total ou parcialmente, o PN-DST/Aids/SVS/MS realizará supervisão local e, nos casos onde se comprovar o não-cumprimento, recomendará à CIB o estabelecimento de Termo de Compromisso com o respectivo gestor para a superação conjunta do(s) problema(s) determinante(s). Quando do estabelecimento do Termo de Compromisso, a CIB deverá encaminhar cópia desse ao PN-DST/Aids/SVS/MS.

Se o relatório citado não for enviado ao PNDST/ Aids/SVS/MS até 30 (trinta) dias após a periodicidade definida para seu envio, o PN-DST/Aids/SVS/MS encaminhará carta de solicitação de justificativa à respectiva CIB ou ao Secretário de Saúde do Distrito Federal, que terá um período máximo de 15 dias, a contar da data do recebimento da solicitação, para resposta ou envio do relatório em questão. Se, ainda assim, a justificativa ou o envio do relatório não ocorrer, a questão será encaminhada à CIT para resolução.

5.3. Preservativos masculinos:

Para o acompanhamento do cumprimento da pactuação de preservativos serão utilizadas as informações do Sistema de Logística e Monitoramento de Insumos de Prevenção do

Programa Nacional de DST e Aids, da Secretaria de Vigilância em Saúde, já em utilização, com periodicidade mensal, pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal que, para tanto, passa a ser de preenchimento obrigatório.

6. Disposições Finais:

Das justificativas e penalidades: em todas as circunstâncias citadas nos itens 1, 2, 3.1., 4 e 5.3. desta norma, 30 (trinta) dias após a periodicidade definida para o envio dos respectivos instrumentos devidamente preenchidos, o PN-DST/Aids/SVS/MS encaminhará carta de solicitação de justificativa ao respectivo gestor, que terá um período máximo de 15 dias, a contar da data do recebimento da solicitação, para resposta ou preenchimento do instrumento em questão.

Se, ainda assim, a justificativa ou o preenchimento do instrumento não ocorrer, o repasse de recursos do incentivo será bloqueado até a regularização da situação pelo respectivo gestor de saúde. Caso os recursos do incentivo fiquem bloqueados por 3 meses consecutivos, devido à não-regularização por parte do gestor, o Estado, o Distrito Federal ou o Município será desqualificado do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST. Entendese por bloqueio a interrupção do repasse da(s) parcela(s) do Incentivo, em caráter temporário, determinado por uma situação específica, em que, regularizada a situação determinante, o respectivo gestor de saúde fará jus ao recebimento dos recursos retroativos ao período em que ficou bloqueado.

Dos instrumentos: os instrumentos que compõem o sistema de monitoramento do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, descritos nos itens 1, 2, 3, 4 e 5 acima, bem como as orientações para seu correto preenchimento e a periodicidade com que cada um deve ser enviado ao PN-DST/Aids/SVS/MS encontram

se disponíveis na internet, no endereço:

<http://www.aids.gov.br/incentivo/monitoramento.htm>. O preenchimento deverá ser feito, preferencialmente, diretamente na internet. Os Estados e os Municípios que não possuem acesso à internet devem solicitar planilhas específicas ao PN-DST/Aids/SVS/MS e encaminhá

las devidamente preenchidas nos prazos estabelecidos.

Todas as informações preenchidas pelos gestores estaduais e municipais e a informação recebida do Fundo Nacional de Saúde serão disponibilizadas na internet, na página do PNDST/Aids/SVS/MS: www.aids.gov.br/incentivo, no link Monitoramento.

ANEXO LXXXIX

AIDS NAS ESCOLAS

I - INTRODUÇÃO

Há preocupação legítima por parte de pais, professores, funcionários e até das próprias crianças, em escolas de primeiro grau, quanto a eventuais riscos de transmissão do vírus da AIDS no ambiente escolar. Os mecanismos de transmissão permitem, com grande margem de certeza, qualificar como desprezível o perigo no que se refere às crianças que ainda não iniciaram atividade sexual ou encontram

se em idades nas quais o uso de drogas pela via endovenosa é muito pouco freqüente: o vírus da AIDS (HIV) é transmitido por meio do sangue, do relacionamento sexual e de gestante infectada para seu filho. Não há nenhum caso rigorosamente documentado, no mundo, de propagação no convívio escolar, sem a interveniência do uso de drogas ou do contato sexual. A literatura médica é consensual no sentido de que a convivência com o indivíduo portador do vírus da AIDS, no âmbito familiar ou em lugares de trabalho, clubes, escolas e outras comunidades sociais, afigura-se plenamente admissível. Observações decorrentes do que vem sucedendo em alguns países, há pelo menos cinco anos, atestam a inocuidade desses tipos de convívio.

Medidas habituais de higiene, inclusive nos sanitários de uso comum, devem ser respeitadas.

Situações nas quais pessoas podem se expor a sangue de contaminados, tendo igualmente lesões de tegumento cutâneo, oferecem riscos potenciais; todavia, elas não são mais freqüentes na escolas do que na vida civil de um modo geral, já que acidentes acontecem em todos os locais onde tem lugar atividade humana.

Outras infecções, além da provocada pelo HIV, podem ser transmitidas pelo sangue. A hepatite, pelo vírus B, por exemplo, nunca mereceu destacada atenção e nem causou episódios de pânico e discriminação, o que mostra não ser racional nem uma coisa nem outra, quando está em foco a AIDS.

Diante desses fatos, é judicioso que as escolas do primeiro grau preparem-se para a implantação de precauções pertinentes ao sangue, envolvendo todos os alunos, sem nenhuma preocupação com informações advindas de exames sorológicos. Qualquer ocorrência precisa ser manuseada com cuidado, para que o sangue não entre em contato com quem presta atendimento e isso implica o uso de luvas descartáveis. O sangue deixado no lugar requer cobertura com álcool a 70%, por dez minutos, ou hipoclorito de sódio 1% (ver item IV superfícies não corpóreas), igualmente durante dez minutos, para inativar possíveis vírus presentes, só devendo ser removido depois da adoção desta providência. São essas, aliás, as normas seguidas por médicos e seus colaboradores em tarefas assistenciais, assim como por barbeiros, policiais e outros profissionais que não raramente podem ter contato com sangue, em virtude das exposições a que ficam sujeitos. Secreções e excreções (saliva, suor, lágrima, fezes e urina), excluídos o sangue, esperma e secreções vaginais, não geram risco palpável, inexistindo relatos de contaminação por intermédio delas.

Precauções simples e rotineiras de higiene em relação às secreções ou excreções, nas escolas e em quaisquer outras situações de convivência, são suficientes para eliminar qualquer risco, mesmo teórico, de contaminação.

As precauções indicadas nesta instrução possuem da mesma forma o valor de prevenir outras moléstias potencialmente transmissíveis por sangue, além de infecção pelo HIV; não dependem de custosos investimentos ou de materiais complexos, estando ao alcance de qualquer escola.

Os tópicos subseqüentes procuram responder questões gerais e específicas que surgem com frequência no âmbito das escolas.

II - SITUAÇÕES GERAIS

1 - É segura a convivência com pessoas infectadas pelo vírus da AIDS na comunidade escolar? Sim. O vírus da AIDS não é transmitido pelo contato casual cotidiano. O HIV (vírus da AIDS) é mais frequentemente transmitido por meio de relações sexuais e pelo uso comum de agulhas e seringas infectadas. Essas atividades são obviamente proibidas nas escolas.

2 - Segundo o Ministério da Saúde os indivíduos infectados não estão obrigados a informar sobre sua condição à direção. Caso isso ocorra, qual deve ser o procedimento da direção da escola? Por intermédio da pessoa ou da família, em se tratando de menor, contatar confidencialmente o médico assistente e/ou a

autoridade de saúde pública para verificar se é necessária a adoção de cuidados especiais para preservação da saúde do indivíduo em questão.

III - SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

1 - MORDIDAS Após ter sido exaustivamente pesquisado, conclui-se que mordeduras não constituem meio de transmissão do HIV.

Embora o vírus da AIDS tenha sido isolado na saliva, isso ocorreu com muito pouca frequência. Além do mais, há evidências de que a saliva pode bloquear a ação infectante do HIV.

No entanto, o risco teórico pode existir. Por risco teórico deve se entender "algo que nunca ocorreu e é improvável que venha a ocorrer". Portanto, a transmissão do HIV por mordeduras não deve ser motivo de preocupação na comunidade escolar.

Em relação ao mordedor "contumaz" recomenda-se a busca de orientação profissional adequada, por tratar-se de distúrbio de comportamento e não por significar risco de transmissão do HIV.

2 - LIMPEZA APÓS ACIDENTES

A perda de controle orgânico, em decorrência de acidentes, pode provocar vômitos e a liberação de fezes e urina. Embora o vírus da AIDS tenha sido isolado destas excreções, bem como de secreção nasal, o risco de transmissão por estas vias inexistente. Com relação limpeza de sangue e outros fluidos corporais, ver uso de precauções universais (item IV - ferimentos).

IV - CONTROLE DE INFECÇÕES

1 - Como os fluidos corpóreos podem ser manipulados na comunidade escolar para prevenir a infecção pelo HIV? Como foi dito anteriormente não existe nenhuma evidência da transmissão do HIV por meio de vômitos, saliva, secreção nasal, fezes ou urina. Entretanto, esses fluidos podem transmitir outras infecções como hepatite A. Por essa razão recomenda-se a adoção dos seguintes procedimentos:

- uso de luvas de látex ou papel toalha para limpeza da criança;
- lavar as mãos com água e sabão após o atendimento de cada criança; e
- desinfetar superfícies ou áreas contaminadas.

2 - Qual o risco da transmissão do HIV por meio da exposição ao sangue? O risco, embora pequeno, existe nas seguintes condições:

a) ferimentos com instrumentos perfuro cortantes contaminados.

Para que isso ocorra, é necessário que haja corte ou perfuração de outrem ou que haja contato imediato do instrumento com mucosa ou pele lesadas e, mesmo assim, a quantidade de sangue introduzido deverá ser grande para significar risco; e

b) contato direto do sangue com mucosa ou pele lesadas.

QUAIS SÃO AS PRECAUÇÕES?

Ferimentos:

- usar luvas de látex para manipulação de sangue em geral;
- lavar o local do ferimento com água e sabão;
- cobrir com curativo; e
- encorajar a criança a tomar as primeiras iniciativas, como comprimir o local do ferimento com gaze ou papel toalha, enquanto aguarda atendimento.

Superfícies não corpóreas:

- cobrir a superfície com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio a 1%* durante 10 minutos;
- limpar o local com pano embebido em desinfetante; e
- hipoclorito de sódio de 1% é = 1 parte de água para 4 partes de água sanitária ou água de lavadeira (Q-BOA, Cândida ou similares).

V - SOROLOGIA

Não existe indicação médica para triagem sorológica de estudantes ou funcionários de escolas, nem para admissão, nem para manutenção de matrícula e/ou emprego.

VI - CONFIDENCIALIDADE

Em nenhuma hipótese os resultados de teste anti-HIV, eventualmente realizados, poderão ser divulgados. Aqui, como

em qualquer outra situação relacionada a essa síndrome, a privacidade do indivíduo e da família deve ser sempre respeitada. A perda do sigilo, como já ocorreu, pode levar a preconceitos, com rejeição ou isolamento, acarretando sérios problemas para o indivíduo e sua família.

Assim, qualquer informação sobre o estado clínico ou laboratorial deve ser estritamente confidencial. Em casos específicos de indivíduos com sintomatologia, caberá ao médico assistente ou autoridade sanitária, estabelecer as medidas de proteção ao indivíduo e à comunidade escolar. Em algumas situações, definidas pelos profissionais de saúde, poderá ser necessário que pessoas da escola saibam da condição do infectado. Por exemplo, em casos de necessidade de medicação específica, de ausências para tratamento, e na eventualidade de algum surto de doenças infecto-contagiosas na escola (ex.:

catapora, sarampo) que poderá exigir medidas de proteção à criança portadora do HIV.

Existe risco para a comunidade escolar quando uma criança, quer seja positiva ou negativa para o vírus da AIDS, desenvolve doenças como tuberculose ou meningite. Nesses casos, mas só nesses casos, recomenda-se o afastamento temporário da escola.

- REFERÊNCIAS - Global Programme on AIDS Consensus Statements from Consultation on AIDS and Sports - 16, January 1989.

World Health Organization - Someone at School has AIDS
National Association of State Boards of Education -
Implementation of the Global Strategies for the Prevention and Control of AIDS World Health Organization February, 1992 -
Normatividade Sobre SIDA em América Latina y el Caribe
Fuenzalida-Nuelma et. al.

- Lei Federal nº 6.259 - 30.10.1975 - AIDS e o Trabalho Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS - 1987
- AIDS - Recomendações Técnicas e Éticas Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS - 1988 ANEXO XC
DEFINIÇÃO NACIONAL DE CASO DE AIDS, EM INDIVÍDUOS MENORES DE 13 ANOS, PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA No dia 2 de dezembro de 1999, a Coordenação Nacional de DST e Aids reuniu o Comitê Assessor de Epidemiologia e outros peritos convidados para discutir e revisar a Definição de Caso de Aids em Crianças vigente desde 1994.

A atual revisão, assim como a anterior, visa ao aumento da sensibilidade da definição de caso, adequando-se à realidade nosológica e aos avanços técnicos, científicos e operacionais dos serviços de saúde do País, permitindo a notificação mais precoce dos casos de aids e a redução do sub-registro de casos em crianças menores de 13 anos de idade.

Essa revisão traz novos critérios de definição de caso. Nesses diferentes critérios, ampliam-se os parâmetros de diagnóstico laboratorial para o HIV; atualiza-se o critério CDC modificado e revisado, excluindo dois agravos considerados nesse critério; utiliza-se a contagem de linfócitos T CD4+ de acordo com a idade da criança e incorpora o critério óbito já testado e validado na definição de caso de aids em adolescentes e adultos.

PARA EFEITO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E NOTIFICAÇÃO SERÃO CONSIDERADOS CASOS DE AIDS:

- Pelo critério de confirmação por sinais:

toda criança menor de 13 anos de idade que apresente evidência laboratorial de infecção pelo HIV(1) e pelo menos 2 (dois) sinais maiores ou 1 (um) sinal maior associado com 2 (dois) sinais menores (2), segundo o critério de classificação de sinais indicativos de aids na criança estabelecido pelo Ministério da Saúde; e/ou - Pelo critério CDC modificado:

toda criança menor de 13 anos de idade que apresente evidência laboratorial de infecção pelo HIV (1) e pelo menos 1 (uma) doença indicativa de aids (3); e/ou - Pelo critério CD4:

toda criança menor de 13 anos de idade, que apresente evidência laboratorial de infecção pelo HIV (1), cuja contagem de linfócitos T + CD4 for menor do que o esperado para a idade (4); ou

- Pelo critério excepcional HIV+óbito:

toda criança menor de 13 anos de idade, que apresente evidência laboratorial de infecção pelo HIV* e sinais e/ou sintomas relacionados à aids, que evolua para óbito, por causas não-externas, que não possa ser enquadrada em nenhum dos demais critérios de definição de caso de aids vigentes; ou

- Pelo critério excepcional óbito:

toda criança menor de 13 anos de idade em cuja Declaração de Óbito constar aids em algum dos seus campos de preenchimento e que, após investigação epidemiológica, não possa ser

enquadrada em nenhum dos demais critérios de definição de caso de aids vigentes.

1) Evidência laboratorial da infecção pelo HIV na criança Crianças menores de 24 meses, expostas ao HIV por transmissão materno-infantil, serão consideradas infectadas quando apresentarem resultado positivo em duas amostras testadas para detecção de RNA ou DNA viral (testes moleculares quantitativos para detecção da infecção pelo HIV) segundo o fluxograma proposto pela Coordenação Nacional de DST/Aids ou cultura de vírus positiva. O Ministério da Saúde preconiza a testagem após dois meses, devido ao aumento da sensibilidade observado a partir dessa idade.

A antigenemia p24 com acidificação somente poderá ser utilizada como critério de diagnóstico, quando associada a um dos demais métodos citados.

Em crianças maiores de 24 meses ou crianças menores de 24 meses cuja exposição ao HIV não tenha sido a transmissão vertical, o diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV será confirmado quando uma amostra de soro for repetidamente reativa em um teste para pesquisa de anticorpos anti-HIV (p. ex., ELISA) e/ou em presença de um teste repetidamente positivo para antígeno e/ou cultura positiva e/ou PCR positivo.

2) Classificação dos sinais indicativos de aids na criança

Sinais maiores	Sinais menores
Candidíase oral resistente ao tratamento habitual Aumento crônico da parótida	Otite/sinusite crônica ou de repetição Hepatomegalia e/ou esplenomegalia
Doença diarréica crônica ou recorrente Herpes zoster	Miocardiopatia Dermatite crônica
Tu b e r c u l o s e	Linfadenopatia = 0.5 cm em mais de 2 sítios Febre = 38° C = 1 mês ou recorrente
	Perda de peso, 10% do peso anterior ou alteração na curva de crescimento de 2 percentis Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia

3) Doenças indicativas de aids na criança Diagnosticada por método definitivo ou presuntivo - infecções bacterianas múltiplas ou de repetição: meningite bacteriana, sepse, pneumonia,

abscessos de órgãos internos, infecções, ósteo-articulares -
pneumonia por pneumocystis carinii;

- toxoplasmose cerebral;
- retinite por citomegalovírus;
- herpes simples muco-cutâneo 1 mês;
- gengivo-estomatite herpética recorrente;
- candidíase do esôfago;
- pneumonia linfóide intersticial;
- encefalopatia determinada pelo HIV; e
- síndrome da emaciação ("AIDS Wasting Syndrome").

Observação:

Embora a tuberculose conste entre as doenças indicativas de aids na definição do CDC de 1994, por tratar-se de doença altamente prevalente em nosso meio, foi excluída do critério CDC modificado na definição brasileira, embora conste, como sinal maior, no critério de classificação de sinais. A coccidioidomicose, por motivo inverso, isto é, por tratar-se de doença extremamente rara no País, foi excluída da definição nacional.

Diagnosticada por método definitivo ou presuntivo - isosporíase com diarreia persistente 1 mês;

- criptosporidíase com diarreia persistente 1 mês;
- citomegalovirose em local que não o olho e; além do fígado, baço ou linfonodos;
- herpes simples dos brônquios, pulmão ou do trato gastrointestinal, excluindo a gengivoestomatite herpética;
- leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- candidíase da traquéia, brônquios ou pulmão;
- criptococose extrapulmonar;
- histoplasmose disseminada (em outro local que não ou além do pulmão ou linfonodos cervicais ou hilares);

- septicemia recorrente por salmonela (não tifóide);
- qualquer micobacteriose disseminada que não tuberculose (em outro local que não ou além do pulmão, pele ou linfonodos cervicais ou hilares;
- sarcoma de Kaposi; e
- linfoma primário do cérebro.

Outros linfomas não Hodgkin de células B ou fenótipo imunológico desconhecido e dos seguintes tipos histológicos:

a) linfoma maligno de células pequenas não clivadas (tipo Burkitt e não-Burkitt [anexo: termos equivalentes e códigos da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, CID-02]); e

b) linfoma maligno imunoblástico de Doenças para Oncologia, CID-02.

Observação: "Não estão incluídos linfomas de células T (fenótipo imunológico) ou do tipo histológico não descrito como "linfocítico", "linfoblástico", células pequenas não clivadas" ou "linfoplasmocitóide.

4) Contagem de linfócitos T CD4+ de acordo com a idade da criança Será considerado caso de aids todo indivíduo menor de 13 anos de idade, cuja contagem de linfócitos T + CD4 seja menor do que o esperado para a idade, segundo quadro abaixo:

Idade da criança	Contagem de linfócitos T + CD4
< 12 meses	< 1500 células por mm ² (<25%)
1 a 5 anos	< 1000 células por mm ² (<25%)
6 a 12 anos	< 500 células por mm ² (<25%)

ANEXO XCI TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui devidamente esclarecido da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito. Declaro que se eu não

comparecer para buscar os resultados dos exames abaixo discriminados:

Ou, por algum motivo deixar de comparecer ao tratamento nas datas agendadas:

() Não autorizo que esse serviço de saúde entre em contato comigo;

() Autorizo e permito que esse serviço de saúde entre em contato comigo, por meio de:

Telefone, () _____

Correio. Endereço: _____

E-mail: _____

Visita domiciliar. Endereço:

Outro meio de contato determinado pelo usuário: _____

Desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilo das informações, assino este termo em 2 (duas) vias, ficando uma cópia retida no serviço e outra comigo.

_____, ____/____/____

(Local) (data)

Nome do usuário (letra de forma):

Assinatura do usuário ou impressão digital:

Nome do representante legal

Assinatura do representante legal ou impressão digital: _____

Nome do entrevistador:

Assinatura do entrevistador:

ANEXO XCII 1.

INTRODUÇÃO

A alimentação e a 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. No plano individual e em escala coletiva, esses atributos estão consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada há 50 anos, os quais foram posteriormente reafirmados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e incorporados à legislação nacional em 1992.

A concretização dos direitos humanos, e mais particularmente no âmbito da alimentação e nutrição, compreende responsabilidades tanto por parte do Estado quanto da sociedade e dos indivíduos.

Assim é que, no preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, está inscrita a condição do ser humano de sujeito do desenvolvimento, a qual é explicitada, na Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, da ONU (1986), nos seguintes termos: "Todos os seres humanos são responsáveis pelo desenvolvimento, individualmente e coletivamente, levando em conta a necessidade do respeito integral de seus direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como suas obrigações para com a comunidade, que podem garantir a livre e completa realização do potencial humano."

Ao Estado cabe respeitar, proteger e facilitar a ação de indivíduos e comunidades em busca da capacidade de alimentar-se de forma digna, colaborando para que todos possam ter uma vida saudável, ativa, participativa e de qualidade. Nas situações em que seja inviabilizado ao indivíduo o acesso a uma alimentação e nutrição digna, tais como desastres naturais (seca, enchente etc.) ou em circunstâncias estruturais de penúria, deve o Estado, sempre que possível em parceria com a sociedade civil, garantir o direito humano à alimentação e à nutrição adequadas. A ação do Estado, nessas situações, deve ser sempre associada a medidas que visem prover as condições para que indivíduos, famílias e comunidades recuperem, dentro do mais breve espaço de tempo, a capacidade de produzir e/ou adquirir sua própria alimentação.

Os riscos nutricionais, de diferentes categorias e magnitudes, permeiam todo o ciclo da vida humana, desde a concepção até a senectude, assumindo diversas configurações epidemiológicas em função do processo saúde/doença de cada população.

Nas três últimas décadas, a constatação dessas evidências converteu-se em amplo consenso, e a segurança alimentar e nutricional passou a ser considerada requisito básico para a afirmação plena do potencial de desenvolvimento físico, mental e social de todo ser humano (Valente, 1997).

O conceito de segurança alimentar que, anteriormente, era limitado ao abastecimento, na quantidade apropriada, foi ampliado, incorporando também o acesso universal aos alimentos, o aspecto nutricional e, conseqüentemente, as questões relativas à composição, à qualidade e ao aproveitamento biológico. O Brasil adotou esse novo conceito a partir de 1986, com a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, o qual se consolidou quando da realização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994.

Assim, no conjunto dos componentes de uma política nacional voltada para a segurança alimentar e nutricional, estão o crédito agrícola, inclusive o incentivo ao pequeno agricultor; a avaliação e a adoção de tecnologias agrícolas e industriais; os estoques estratégicos; o cooperativismo; a importação, o acesso, a distribuição, a conservação e o armazenamento de alimentos, e o manejo sustentado dos recursos naturais, entre outros.

As ações voltadas a garantir essa segurança dão, assim, conseqüência prática ao direito humano à alimentação e à nutrição, extrapolando, portanto, o setor saúde e alcançando um caráter intersetorial, sobretudo no que respeita à produção e ao consumo, o qual engloba, necessariamente, a capacidade aquisitiva da população e a escolha dos alimentos que devem ser consumidos, nesta incluídos os fatores culturais que interferem em tal seleção. Tanto a adoção do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional, em âmbito mundial, quanto a retomada das discussões acerca do tema, por parte do Governo Brasileiro, facilitaram a compreensão do papel do setor Saúde no tocante à alimentação e nutrição, reconhecidas como elementos essenciais para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A atuação do setor Saúde no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional é marcada por dois momentos, que podem ser denominados positivo e crítico.

O momento positivo ocorre quando a oferta, a distribuição e o consumo de alimentos, viabilizados por meios extrasetoriais e com a participação da sociedade, transcorrem com normalidade, quer em termos de quantidade, qualidade e regularidade, quer em termos de utilização biológica. Nessas condições positivas, as ações predominantes do setor Saúde são a vigilância alimentar e nutricional, a vigilância sanitária de alimentos e as medidas de caráter educativo. O momento crítico ocorre quando há falhas na oferta, no consumo ou no padrão de utilização biológica dos alimentos. Nessas circunstâncias, obstáculos extrasetoriais, deficiência de renda, quebra de produção, intercorrência na oferta ou setoriais, a exemplo da desinformação e de hábitos alimentares inadequados, bem como a ocorrência de doenças e agravos endêmicos ou epidêmicos possibilitam a existência de problemas que afetam a saúde da população e cuja resolução compete ao setor Saúde: a desnutrição, as carências específicas, a obesidade, o diabetes melito, as dislipidemias e as associações com outras doenças crônicas de reconhecida relevância epidemiológica.

No arcabouço legal referente ao Sistema Único de Saúde - SUS, essas questões estão devidamente contempladas. O art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define que a alimentação constitui um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população, cujos níveis expressam "a organização social e econômica do país". No art. 6º, estão estabelecidas como atribuições específicas do SUS "a vigilância nutricional e orientação alimentar" e "o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo".

Já o parágrafo único do art. 12 define que a articulação de componentes de políticas e programas de alimentação e nutrição, cuja elaboração e execução estejam fora do setor Saúde, é realizada em Comissão Intersetorial específica, subordinada ao Conselho Nacional de Saúde. Essa Comissão deve ser integrada "pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil".

De outra parte, são inúmeros os problemas inerentes à alimentação e à nutrição inadequadas, cabendo destacar, de início, as informações oriundas do UNICEF (1998) dando conta que, nos países em desenvolvimento, cerca de 55% das mortes infantis estão ligadas à desnutrição, não existindo, na história recente da humanidade, qualquer situação mórbida com esta magnitude, apesar dos avanços alcançados na redução da prevalência do problema. Além do efeito mais desfavorável, ou

seja, a mortalidade, a desnutrição energéticoproteica (DEP) agrava o curso de outras doenças, prolonga o tempo de internação e resulta em seqüelas para o desenvolvimento mental.

Dados de 1996, oriundos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - um estudo de base populacional -, indicam que 10,5% das crianças brasileiras apresentavam déficit de altura ($<-2dp$), e que a prevalência dessa condição variava notavelmente nas regiões brasileiras, situando-se entre 5,1%, no Sul, e 17,9%, no Nordeste.

Tomando como referência o déficit peso/idade ($<-2dp$), a situação também se mostrava desfavorável para o País, ocorrendo em 5,7% das crianças menores de 5 anos, com as maiores frequências sendo registradas nas regiões Norte (7,7%) e Nordeste (8,3%). Mesmo com a diminuição em mais de 20% da DEP, na última década, um contingente considerável de crianças brasileiras ainda apresentava atraso marcante de crescimento, pela relação peso/idade, na faixa crítica dos 6 aos 23 meses. Outro ponto prioritário da questão alimentar e nutricional está relacionado às deficiências de micronutrientes, centralizadas no trinômio vitamina A/ferro/iodo, sobre as quais as avaliações recentes evidenciam um quadro preocupante.

A deficiência de vitamina A, de acordo com publicação do Projeto HOPE, constitui problema endêmico em grandes espaços das regiões Norte, Nordeste e Sudeste. Apesar da escassez de informações, é possível identificar a população infantil do Nordeste como a mais vulnerável ao problema, uma vez que entre 16% a 55% das crianças apresentariam dosagem de vitamina A abaixo de 20 mcg/dl, caracterizando situações carenciais endêmicas, conforme McAuliffe e cols (1991), Diniz (1997) e Veras e cols (1998).

Existem, igualmente, indicações da ocorrência da hipovitaminose A em bolsões de pobreza de Minas Gerais e de São Paulo, além de áreas da região Norte. Nessas áreas, mais de 15% das amostras de sangue examinadas comprovaram que a dosagem de vitamina A estava também abaixo do limite. Essa deficiência é, ainda, a principal causa da cegueira evitável no mundo, estando também associada a 23% das mortes por diarreias, em crianças. Estudos promovidos pelo UNICEF, em 1980, indicaram que cerca de 25% dos sobreviventes à xeroftalmia grave perdem completamente a visão, e que os sinais clínicos da hipovitaminose A estão quase sempre acompanhados de manifestações de deficiência energético-proteica. Nos dois casos, as infecções desempenham papel relevante. No tocante à deficiência de ferro, ressalta-se a anemia como problema

nutricional de maior magnitude no País, acometendo sobretudo mulheres no período fértil e crianças menores de dois anos de idade. Estima-se que, de cada dez gestantes que fazem o pré-natal, três são anêmicas, sendo bem maior a proporção entre crianças: 50% ou mais (Arruda, 1995).

É ilustrativo referir que, no estado de São Paulo, mesmo considerando os notáveis avanços obtidos na redução da mortalidade infantil e pré-escolar, bem como no controle da desnutrição infantil, nos últimos 22 anos, a frequência de anemia em crianças elevou-se em mais de 100%: 22%, em 1974; 35%, em 1985; e 46%, em 1996 (Monteiro, 1997). Quanto ao bócio e outros distúrbios decorrentes da deficiência de iodo, pode-se considerar que representam, igualmente, grave problema, inclusive pelo risco de associação com o cretinismo e a surdo-mudez irreversíveis, constituindo o principal fator de idiotia evitável no mundo. No inquérito nacional realizado em 1994/1995, realizado pelo então Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, foi pesquisada a prevalência do bócio entre escolares de seis a 14 anos de idade. Observa-se que o problema do bócio é bastante localizado no País, concentrando-se nos Estados de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rondônia, Amazonas e Acre. do Tocantins apresenta, globalmente, deficiência de iodo, embora, em 35 dos Municípios estudados, 10% ou mais dos escolares apresentaram valores muito baixos para excreção urinária. Esses Municípios concen Nesse estudo, foi também analisada a concentração de iodo na urina, o marcador bioquímico mais recomendado atualmente, tendo em conta os problemas de validade e precisão da medição do bócio por palpação. Segundo esse indicador bioquímico, apenas o Estado travam-se nos Estados de Tocantins, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Outra ocorrência extremamente importante no cenário da alimentação e nutrição no Brasil é a manutenção de índices ainda insatisfatórios de aleitamento materno exclusivo, apesar dos relevantes progressos observados nas últimas décadas.

Uma análise da Fundação Oswaldo Cruz relacionando a prática da amamentação com economia familiar refere que, se todas as crianças nascidas em 1995 tivessem sido amamentadas exclusivamente ao peito, até aos seis meses de vida, teriam sido poupados 423,8 milhões de litros de leite, que representam um custo superior a 200 milhões de dólares. Se as práticas de aleitamento materno seguissem as recomendações, além dos ganhos incalculáveis para a saúde, nutrição e bem-estar das crianças, a despesa das famílias com crianças em idade de amamentação seria, sem dúvida, bastante reduzida .

Convivendo com o quadro carencial apresentado, observa-se no Brasil, em contrapartida, a evolução epidêmica da obesidade, das dislipidemias e suas relações com as doenças cardiovasculares.

Trata-se, nos termos em que hoje se apresenta, de uma situação epidemiológica nunca antes experimentada.

Segundo relatório conjunto do Banco Interamericano de Desenvolvimento e da Organização Mundial da Saúde, de 1996, o incremento da obesidade e das enfermidades crônicas associadas à alimentação, particularmente nos grupos de baixo nível socioeconômico, tem alcançado proporções da ordem de 50% entre os adultos.

A obesidade na população brasileira está se tornando bem mais frequente do que a própria desnutrição infantil, indicando um processo de transição epidemiológica que deve ser devidamente valorizado no plano da saúde coletiva. As doenças cardiovasculares, que representam a principal causa de morte e de incapacidade na vida adulta e na velhice e são responsáveis, no Brasil, por 34% de todas as causas de óbito, estão relacionadas, em grande parte, com a obesidade e com práticas alimentares e estilos de vida inadequados. Cabe registrar que a avaliação antropométrica dos brasileiros adultos, pelo Índice de Massa Corporal, decorrente da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - PNSN, realizada em 1989 e divulgada em 1990, indicou que cerca de 24,6% apresentavam sobrepeso e 8,3% eram obesos. O problema começa a ser evidenciado também em crianças e adolescentes.

Ainda em 1990, os resultados do Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes Melito, promovido pelo Ministério da Saúde, mostraram a ocorrência de 7,6% de casos na faixa de 30 a 69 anos, resultados compatíveis com os encontrados em Pernambuco (1998). Estima-se que existam 5 milhões de diabéticos no País, 50% dos quais desconhecem a sua situação. Acrescem-se a esses problemas os hábitos alimentares inapropriados, que constituem, igualmente, um grande desafio. Nas diferentes regiões do Brasil, a cultura popular ainda preserva tradições e práticas alimentares errôneas sobre o valor nutritivo, propriedades terapêuticas, indicações ou interdições de alimentos ou de suas combinações. Ressalte-se, de outra parte, a multiplicação do comércio de fast food e o crescente uso de alimentos pré-cozidos ou de cozimento rápido, em que as técnicas modernas de produção são fundamentais para a garantia da qualidade nutricional.

Influenciando ainda nos hábitos alimentares, cabe registrar o expressivo volume de refeições diárias oferecidas a diferentes segmentos populacionais, sendo exemplos: 36 milhões, na merenda escolar; 300 mil, nas Forças Armadas; e 10 milhões de trabalhadores atendidos pelo Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT.

Assim, o atendimento adequado dos vários núcleos populacionais específicos em suas necessidades nutricionais é um outro grande desafio. O alto índice de urbanização e concentração humana nas grandes metrópoles brasileiras requer que o setor produtivo se organize para responder em volume, qualidade e preço, por meio da utilização de técnicas apropriadas de produção, industrialização, conservação e distribuição dos alimentos.

No tocante, ainda, à questão da industrialização de alimentos, que envolve diretamente a complexa ação de vigilância sanitária, é importante levar em conta a quantidade de produtos e empresas existentes. No Brasil, conta-se atualmente com cerca de 100 mil produtos alimentícios e 20 mil empresas cadastradas.

Outra vertente a considerar é o fluxo crescente de alimentos importados, que requer maior ação da vigilância sanitária. Ademais, outros fatores relevantes estão vinculados à segurança e à qualidade dos produtos, cabendo destacar: o avanço científico e tecnológico em relação à avaliação do valor nutritivo dos alimentos; os efeitos das técnicas de industrialização, conservação, enriquecimento e tratamento culinário; as necessidades nutricionais do homem, sob diferentes condições fisiológicas e patológicas, transição demográfica e consequências nutricionais dos estilos de vida; e a implementação e fiscalização do cumprimento da legislação pertinente.

Uma outra análise importante no contexto da alimentação e nutrição diz respeito às diferenciações regionais. O Relatório do Desenvolvimento Humano de 1997 destaca a redução da pobreza no País, com extensão e padrões que variam internamente, porque o Índice de Pobreza Humana - IPH difere de maneira expressiva de uma região para outra.

O IPH encontrado no Nordeste foi de 46%; já no Sul e no Sudeste, ficou situado em 17% e 14%, respectivamente. Assinalam ainda os estudos que essas disparidades têm se ampliado ao longo das duas últimas décadas, haja vista que a prevalência de pobreza humana decresceu 2/3 no Sul e apenas 1/3 no Nordeste (PNUD, 1997). Enquanto na população urbana do Nordeste 13% de crianças apresentam déficit de estatura, na

zona rural, a freqüência é de 25,2%, em contraste com 4,6% no Centro-Sul urbano do País.

Nas áreas urbanas da Região Norte, analisando-se tendências passadas e recentes, verifica-se que o declínio da prevalência é menor do que a observada no resto do País. Em 1996, os maiores índices de déficit de crescimento na população urbana passaram a ser encontrados no Norte e não mais no Nordeste.

Constata-se, assim, que é bastante complexa a situação da alimentação e nutrição no Brasil, País com características epidemiológicas e regionais bastante heterogêneas, no qual coexistem problemas típicos de sociedades subdesenvolvidas e de países desenvolvidos.

2. PROPÓSITO

A presente Política Nacional de Alimentação e Nutrição integra a Política Nacional de Saúde, inserindo-se, ao mesmo tempo, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. Dessa forma dimensionada e compondo, portanto, o conjunto das políticas de governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas, essa Política tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. Para assegurar os direitos humanos no âmbito da alimentação e nutrição, a definição dessa Política setorial compreendeu a revisão de conceitos, levando em conta a diversidade e a necessidade de tratamento diferenciado e tendo por base a análise da situação alimentar e nutricional da população.

Essa revisão implicará, por via de consequência, o

redimensionamento das práticas, mediante a formulação ou readequação dos planos, programas, projetos ou atividades que operacionalizarão as diretrizes fixadas nessa Política Nacional.

3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito dessa Política Nacional de Alimentação e Nutrição, são definidas como diretrizes: estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional;

promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

3.1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos Na condição de detentor dos dados epidemiológicos relativos aos aspectos favoráveis e desfavoráveis da alimentação e nutrição, em âmbito nacional, o setor Saúde deverá promover ampla articulação com outros setores governamentais, a sociedade civil e o setor produtivo, cuja atuação esteja relacionada a determinantes que interferem no acesso universal aos alimentos de boa qualidade.

Tal ação intersetorial consistirá, portanto, em ampla negociação e tem em conta que os principais determinantes da alimentação e nutrição saudáveis não são do domínio direto do setor Saúde, como por exemplo: o acesso ao trabalho, ao emprego e à renda; a produção, o armazenamento e a distribuição de produtos agrícolas; o crédito agrícola e o estímulo ao pequeno produtor; os estoques de alimentos;

o abastecimento e a suplementação alimentar de diferentes segmentos populacionais e sociais, entre os quais os programas desenvolvidos de forma articulada com a produção de alimentos locais e regionais.

3.2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto O redirecionamento e o fortalecimento das ações de vigilância sanitária serão focos de atenção especial na busca da garantia da segurança e da qualidade dos produtos e da prestação de serviços na área de alimentos. Essas ações constituem, assim, instrumento básico na preservação de atributos relacionados com o valor nutricional e com os critérios de qualidade sanitária dos alimentos e na prestação de serviços neste âmbito, com vistas à proteção da saúde do consumidor, dentro da perspectiva do direito humano à alimentação e nutrição adequadas.

Tal questão é particularmente importante em face, principalmente, das constantes reciclagens nas tecnologias de produção, processamento industrial, conservação, embalagens e outros aspectos que compõem o perfil da oferta e do consumo alimentar da população, inclusive as tecnologias de controle dos perigos que percorrem toda a cadeia alimentar. Em todos os níveis de atuação, será buscada e estimulada a constituição de parcerias com órgãos de proteção do consumidor, entidades da

sociedade civil e do setor produtivo ligados ao tema, com o objetivo de divulgar as informações relevantes ao direito à qualidade e segurança dos alimentos, de modo a facilitar o acesso de todos os cidadãos a mecanismos destinados a garantir esse direito.

No âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, deverá ser fortalecido o componente relativo a alimentos e serviços de alimentação, mediante a revisão e/ou adequação das normas técnicas e operacionais, enfatizando aquelas relacionadas à prevenção de agravos à saúde. Nesse sentido, será buscada a modernização dos instrumentos de fiscalização, com a adoção de medidas de controle e segurança na produção e na prestação de serviços na área de alimentos, levando em conta, em especial, a análise dos perigos e o controle de pontos críticos, visando à prevenção de doenças transmitidas por alimentos e perdas econômicas por deterioração.

Para tanto, o setor público deverá proporcionar, nos três níveis de gestão do SUS, infraestrutura adequada nesta, incluídos os diferentes recursos para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária. Ao lado disso, atualizará normas de racionalização, coordenação e controle dos processos de vigilância sanitária, de modo a possibilitar uma atuação ágil e consistente em todos os segmentos da cadeia alimentar, desde a produção, rotulagem, incluindo a rotulagem nutricional, embalagem e reembalagem, armazenagem, transporte, comercialização, até o consumo.

Será promovida, igualmente, a atualização da legislação sanitária nacional sobre alimentos, considerando os avanços da biotecnologia, processos de transgenicidade e outros, bem como a compatibilização de critérios e procedimentos da vigilância, consoante aos instrumentos legais que regem os acordos internacionais. Em relação ao MERCOSUL, deverão ser realizados, inclusive, os ajustes requeridos pelo intercâmbio de alimentos in natura ou industrializados entre o Brasil e os demais países que o integram.

No campo da articulação intersetorial, buscar-se-á, ainda, a compatibilização dos procedimentos de vigilância sanitária, desenvolvidos pelo setor Saúde, com aqueles praticados por outros setores, para que sejam potencializados os recursos disponíveis e evitada a superposição de ações e conflitos entre instituições.

A consolidação do processo de descentralização da gestão das ações de vigilância sanitária, para as esferas estadual e

municipal, constituirá, igualmente, uma medida essencial na busca da garantia da segurança e da qualidade dos produtos. No tocante à descentralização, deverá ser concedida prioridade às ações de vigilância sanitária dos alimentos, particularmente daqueles de interesse coletivo, utilizados como veículos de micronutrientes, de que é exemplo o sal, sobretudo por meio de incentivos financeiros específicos.

3.3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional Para o monitoramento da situação alimentar e nutricional, será ampliado e aperfeiçoado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, de modo a agilizar os seus procedimentos e a estender sua cobertura a todo o País. A consolidação desse Sistema deverá ser feita, especialmente, com o apoio de centros colaboradores em alimentação e nutrição e de núcleos de trabalho existentes na quase totalidade dos Estados e em centenas de Municípios brasileiros.

A atuação do SISVAN compreenderá a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes. O diagnóstico descritivo e analítico dos problemas e dos principais fatores determinantes deverá caracterizar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos biológicos de maior risco. A análise dessas informações irá favorecer o estabelecimento de tendências evolutivas espontâneas ou condicionadas por intervenções gerais e específicas.

Uma das medidas prioritárias a ser implementadas estará representada pela instalação de sítios sentinelas que possam testemunhar o comportamento epidemiológico dos problemas e sua vinculação com marcadores de risco. A organização desses sítios deverá ocorrer, principalmente, em áreas e junto a populações de elevado risco, devendo estar relacionados, sobretudo, a eventos de difícil mensuração, tais como hipovitaminose A e deficiência de iodo.

No monitoramento da situação alimentar e nutricional, o SISVAN deverá concentrar sua atenção na gestante e no crescimento e desenvolvimento das crianças, servindo de eixo para todo trabalho empreendido na rede de serviços, de forma especial na atenção básica de saúde, inclusive considerando o compromisso de sua universalização.

Buscar-se-á, também no âmbito da rede de serviços, incorporar às rotinas de atendimento o monitoramento do estado nutricional de cada usuário, visando à detecção da situação de risco e a prescrição de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos

e a garantia da reversão ao quadro de normalidade. Uma outra prioridade será o mapeamento das endemias carenciais, de modo a evidenciar a sua distribuição espacial e a indicar a magnitude da ocorrência da desnutrição energético-proteica, da anemia, da hipovitaminose A e da deficiência de iodo. No tocante ao acompanhamento da situação das doenças crônicas não-transmissíveis, relacionadas com a alimentação e estilos de vida considerados inadequados, o trabalho deverá ser compatibilizado com os sistemas em funcionamento, em termos da coleta, da geração, do fluxo, do processamento e da análise dos dados, de que são exemplos: o Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis - SINAN, no qual será incluído o registro de formas graves de desnutrição, e o Sistema de Informação Ambulatorial - SIAB.

De forma mais específica, os sistemas de informação enfocarão aspectos ligados às práticas de aleitamento materno e aos fatores de interferência positiva ou negativa, bem como à avaliação periódica do estado de nutrição de alunos das escolas públicas. Configurarão, ainda, pontos fundamentais desta diretriz o monitoramento da produção de alimentos e a análise crítica da evolução qualitativa e quantitativa de sua oferta e de seu consumo.

Além disso, deverão ser enfatizadas a coleta e a análise de dados macroeconômicos e sociais indicativos da situação alimentar e, por conseguinte, de riscos difusos ou localizados de insegurança.

Eventos mobilizadores de grandes contingentes de população, como os "dias nacionais de vacinação", devem ser aproveitados como oportunidades para a realização de estudos sobre alimentação e nutrição.

Com essa conformação, o SISVAN será o suporte para o desenho e o ajuste de programas, a atualização contínua e a análise sistemática de informações concernentes à situação alimentar e nutricional do País, produzindo, assim, o desejado feed-back entre informação, ação e avaliação de resultados.

Nesse sentido, deverá produzir um elenco básico de indicadores capazes de apontar os eventos de maior interesse, tais como:

disponibilidade de alimentos, aspectos qualitativos e quantitativos da dieta consumida, práticas de amamentação e perfil da dieta complementar pós-desmame, distribuição do peso ao nascer, prevalência da desnutrição energético-proteica, de anemias, do sobrepeso, das deficiências de iodo e de vitamina A e das demais

carências de micronutrientes relacionadas às enfermidades crônicas não-transmissíveis.

3.4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis
A promoção de práticas alimentares saudáveis, que se inicia com o incentivo ao aleitamento materno, está inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, componente importante da promoção da saúde. Nesse sentido, ênfase será dada à socialização do conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como acerca da prevenção dos problemas nutricionais, desde a desnutrição incluindo as carências específicas até a obesidade. O direito humano à alimentação deverá sempre ser citado em todo material educativo, pois é condição indispensável à vida e à construção da cidadania.

As ações dirigidas à adoção de práticas alimentares saudáveis deverão integrar todas as medidas decorrentes das diretrizes definidas nesta Política. Além das iniciativas inerentes a cada medida específica que vier a ser adotada, atenção especial deverá ser dada ao desenvolvimento de processo educativo permanente acerca das questões atinentes à alimentação e à nutrição, bem como à promoção de campanhas de comunicação social sistemáticas. Para isso, deverá ser buscado o engajamento das entidades técnico-científicas, dos estabelecimentos de ensino, dos veículos de comunicação, de entidades da sociedade civil e do setor produtivo. Merecerá, igualmente, enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, bem como de padrões alimentares mais variados, desde os primeiros anos de vida até a idade adulta e a velhice.

Deverá, além disso, ser concedida ênfase particular à orientação quanto à prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis, tais como as cardiovasculares e a diabetes melito, e à adoção de hábitos alimentares apropriados por seus portadores, como forma de se evitar o agravamento dessas patologias.

A educação alimentar e nutricional contém elementos complexos e até conflituosos. Dessa forma, deverão ser buscados consensos sobre conteúdos, métodos e técnicas do processo educativo, considerando os diferentes espaços geográficos, econômicos e culturais.

A promoção de práticas alimentares contemplará, também, iniciativas específicas dirigidas ao aleitamento materno, tendo prioridade, nesse contexto, as mulheres em idade fértil.

A revisão de métodos e estratégias de atuação, sobretudo no âmbito do setor Saúde, constituirá medida básica e inicial para a efetivação da prioridade conferida ao incentivo ao aleitamento materno.

Nesse trabalho, será buscada, igualmente, a articulação com os diferentes segmentos sociais, em especial aqueles com maior capacidade de influenciar as práticas do aleitamento, tais como: entidades representativas de diversas categorias profissionais em saúde;

entidades representativas da indústria da alimentação e nutrição; de comunicadores sociais e de educação; de lideranças comunitárias; de defesa do consumidor; de extensionistas; e de organizações da sociedade civil de um modo geral.

Importante, também, será a adoção de medidas voltadas ao disciplinamento da publicidade de produtos alimentícios infantis, sobretudo em parceria com as entidades representativas da área de propaganda, com as empresas de comunicação, com entidades da sociedade civil e do setor produtivo.

Ao lado disso, a partir de critérios previamente estabelecidos, serão apoiados programas institucionais, a exemplo do "Hospital Amigo da Criança" e dos bancos de leite humano, bem como movimentos voltados ao estímulo à amamentação, de iniciativa de organizações não-governamentais. Os bancos de leite receberão uma atenção particular, para que as suas atividades sejam fortalecidas e incorporadas efetivamente na rotina dos serviços de saúde. Esses bancos deverão ser disseminados para todo o País. Especificamente em relação ao reconhecimento de serviços na categoria "Hospital Amigo da Criança", deverá ser efetuada a sua reavaliação contínua, bem como realizada a revisão dos critérios de avaliação para credenciamento, especialmente com vistas à reformulação de rotinas hospitalares que facilitem a prática do aleitamento materno. No tocante à legislação, serão reforçados, divulgados e ampliados aqueles dispositivos que assegurem às mães condições básicas para amamentarem os seus filhos, tais como horários e locais de trabalho compatíveis com a prática do aleitamento. Uma referência essencial na incorporação de todas essas medidas são os diversos códigos, regulamentos e normas, nacionais e internacionais, relativos à industrialização, à comercialização e à propaganda de alimentos processados para uso infantil.

Constituirá, também, medida relevante o acompanhamento do processo de industrialização e comercialização de produtos farmacêuticos e/ou dietéticos, apresentados como soluções

terapêuticas ou profiláticas de problemas nutricionais, de que são exemplos importantes:

o controle do peso, da fadiga, do processo de envelhecimento, bem como a prevenção e o tratamento eficaz de doenças de difícil manejo, além de outras indicações discutíveis ou francamente injustificadas. Ao lado disso, serão implementadas iniciativas que possibilitem o acompanhamento e o monitoramento de práticas de marketing sob os critérios e interesses de uma vida efetivamente saudável. Nesse particular, serão objeto de atenção as questões relacionadas ao sobrepeso e suas implicações. Deverá ser consolidado o conteúdo técnico das medidas em desenvolvimento, o qual servirá de base para a elaboração de materiais informativo e instrucional, destinado, especialmente, a apoiar a capacitação de profissionais da rede básica de saúde em orientação alimentar.

3.5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e à nutrição. A inexistência de uma divisão clara entre as medidas institucionais específicas de nutrição e as intervenções convencionais de saúde exigirá uma atuação baseada em duas situações polares.

Na primeira, prevalece um quadro de morbimortalidade, dominado pelo binômio desnutrição/infecção, que afeta, principalmente, as crianças pobres, nas regiões de atraso econômico e social. Na segunda, está o grupo predominante do sobrepeso e obesidade, diabetes melito, doenças cardiovasculares e algumas afecções neoplásicas, tendo como hospedeiro eletivo o segmento de adultos e pessoas de idade mais avançada, a despeito de se reconhecer que muitos desses problemas podem ter início na infância.

No grupo das enfermidades crônicas não-transmissíveis, as medidas estarão voltadas à promoção da saúde e ao controle dos desvios alimentares e nutricionais, por constituírem as condutas mais eficazes para prevenir sua instalação e evolução. Os problemas alimentares e nutricionais que gravitam em torno da desnutrição energético

proteica (DEP) serão enfocados por meio de uma abordagem familiar, reconhecendo-se que os fatores de risco se definem dentro de um contexto que poderia ser considerado como "família vulnerável".

Na prática, essa visualização torna recomendável a avaliação simultânea de outros membros da família, principalmente irmãos

e, eventualmente, mães em condições de sobrecarga fisiológica, como gestação e lactação.

Assim, no binômio desnutrição/infecção, serão enfatizadas as ações dirigidas à prevenção e ao manejo adequado das doenças infecciosas.

A distribuição de alimentos e a educação alimentar constituirão ferramentas indispensáveis, que serão trabalhadas em conjunto com a prevenção e o controle das diarreias, das infecções respiratórias agudas e das doenças imunopreveníveis, medidas essenciais para evitar a desnutrição ou o seu agravamento. A ação do Estado, nessas situações, deverá ser sempre associada a medidas que visem prover as condições para que indivíduos, famílias e comunidades recuperem, dentro do maior espaço de tempo, a capacidade de produzir ou adquirir sua própria alimentação.

A vigilância do crescimento e do desenvolvimento será adotada como eixo de apoio a todas as atividades de assistência à saúde da criança. Deverão receber atenção especial as crianças nascidas com baixo peso, em face do elevado grau de vulnerabilidade à desnutrição e às doenças infecciosas. Para o enfrentamento dos problemas atinentes ao baixo peso ao nascer e à DEP em crianças, deverá ser concedida prioridade à normalização de medidas relacionadas aos fatores de risco e ao seguimento de casos que se enquadram nessas condições nas diferentes instâncias e circunstâncias do atendimento.

As crianças em risco de desnutrição, compreendidas na faixa etária dos seis aos 23 meses de idade, levando-se em consideração a realidade epidemiológica da região, serão atendidas mediante a assistência alimentar, o controle de doenças coexistentes e a vigilância dos irmãos ou contatos, incluindo as gestantes e as nutrizes em risco nutricional, com ênfase nos bolsões de pobreza. O monitoramento do estado nutricional, fundamental para a prevenção e o controle da DEP, será incorporado às rotinas da assistência em geral, de forma a cobrir toda a faixa etária de risco e possibilitando a identificação e o desenvolvimento de ações voltadas à (ao): redução da frequência da desnutrição moderada e grave em crianças; diminuição da ocorrência de anemia e desnutrição em gestantes; redução da incidência do baixo peso ao nascer; e acompanhamento dos casos enquadrados nessa condição.

Na adoção de cuidados especiais às crianças dos seis aos 23 primeiros meses de vida, valer-se-á, como referência, de

experiências desenvolvidas no País e que vêm obtendo resultados importantes.

Nesse particular, serão assegurados apoio alimentar, cuidados nutricionais específicos e atenção básica de saúde a todas as crianças nessa faixa etária que estejam situadas abaixo do percentil 10 da relação peso/idade, com ênfase nos casos abaixo do percentil 3, mediante o desenvolvimento de ações de reabilitação nutricional. Deverá ser considerada, também, a evolução do peso da criança e não somente a localização pontual no cartão da criança. Em relação às carências de micronutrientes, e especificamente no controle da deficiência de ferro, serão adotadas como medidas essenciais o enriquecimento alimentar, a orientação educativa e, sobretudo, o uso de ferro medicamentoso.

Para a redução da anemia por carência de ferro no País, serão implementadas ações de fortificação de parte da produção brasileira das farinhas de trigo e de milho, alimentos de largo consumo popular e de baixo custo. Com isso, buscar-se-á reduzir a anemia ferropriva em pré-escolares em até um terço, até o ano 2003, tendo em vista protocolo, nesse sentido, já firmado entre o Governo brasileiro e o setor produtivo.

No combate à hipovitaminose A, nas áreas reconhecidas como de risco, além da aplicação periódica e emergencial de megadoses de retinol, deverá ser promovido o estímulo à produção e ao consumo de fontes alimentares ricas nesta vitamina ou seus precursores e, quando necessário, o enriquecimento/fortificação de alguns alimentos.

Nas áreas de risco de hipovitaminose A, ao lado de outros cuidados compreendidos no elenco das ações que integram a atenção básica à saúde, serão sistematizadas medidas periódicas de administração de doses massivas deste nutriente a todas as crianças menores de cinco anos. O enriquecimento do leite e das massas alimentares com vitamina A, ferro ou, eventualmente, com outros nutrientes, também deverá ser promovido.

Além disso, levando em conta a importância epidemiológica da deficiência desses nutrientes no País, promover-se-á a complementação das tabelas de composição químico-nutricional dos principais alimentos consumidos no Brasil, valorizando o conteúdo e a biodisponibilidade de ferro e de precursores da vitamina A. Já o enfrentamento dos distúrbios produzidos pela deficiência primária de iodo será feito mediante a iodação do sal de consumo doméstico e de consumo animal, assegurando-se as condições legais, administrativas e operacionais para a aplicação

sistemática dessa medida. No combate à deficiência de iodo, deverá ser garantido que todo o sal de consumo humano e animal seja enriquecido com o iodato de potássio, para o que serão sistematizadas e implementadas medidas contínuas de controle, quer no próprio processo de adição do iodo, junto às indústrias, quer mediante ações de fiscalização, a partir da colocação do produto, no mercado, para consumo. Para tanto, será implementada a parceria entre os setores governamental e o industrial, consubstanciada no compromisso da adição do iodo ao sal destinado ao consumo humano, independentemente da forma de seu fornecimento.

Por outro lado, o estímulo ao aleitamento materno terá importância estratégica, quer na prevenção da desnutrição energétioproteica, da anemia e da deficiência de vitamina A, nos primeiros meses de vida, quer na redução da incidência, duração e gravidade das diarreias e das infecções respiratórias agudas.

Deverão ser consolidados, pelas três esferas de gestão, os esforços destinados a ampliar a duração do aleitamento materno, de modo que a prática da amamentação exclusiva se estenda até os seis meses de idade e o aleitamento, combinado com a introdução de alimentos adequados, se prolongue até o segundo ano de vida. Esses esforços, em sua maioria de caráter intersetorial, deverão assegurar condições básicas que permitam às mães amamentar seus filhos. Nesse particular, será conferida ênfase à recuperação e consolidação da cultura da amamentação, por meio da adoção de medidas específicas, tais como a suplementação alimentar às nutrizes, o "Hospital Amigo da Criança", implementação de bancos de leite humano, divulgação e fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, respaldadas por uma ação educativa intensiva, adequada e permanente. Um dos mecanismos para garantir a execução dessas atividades será a transferência de recursos federais específicos para o controle das carências e outros distúrbios nutricionais. Os municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional Básica de 1996 - Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal poderão -, atendidos os critérios fixados, credenciar-se para receber um incentivo financeiro agregado ao Piso da Atenção Básica (o PAB). Os recursos serão transferidos, de forma regular e automática, diretamente do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde.

É importante assinalar que, na conformidade do disposto sobre o incentivo financeiro destinado ao custeio das medidas relativas à alimentação e nutrição, estão definidas todas as ações a ser

empreendidas, entre as quais aquelas inerentes ao controle da desnutrição de grupos de risco.

3.6. Promoção de linhas de investigação A implementação de todas as diretrizes desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição contará com o suporte de linhas de investigação, desenvolvidas de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Humana - CONEP/MS, que esclareçam aspectos particulares e até gerais de alguns problemas, avaliem a contribuição dos fatores causais envolvidos e indiquem as medidas mais apropriadas para seu controle. Nesse sentido, as linhas de pesquisas a ser estabelecidas e apoiadas deverão permitir o domínio do cenário de situações e dos fatores que interessam para a definição e a execução de ações de nutrição.

Entre as linhas de interesse, caberá destaque o problema da desnutrição energético-proteica (DEP) que, apesar de bem descrito e analisado, em termos geográficos e sociais, requer estudos adicionais para sua atualização. No contexto da deficiência de micronutrientes, deverá merecer atenção especial o aprofundamento do conhecimento, ainda muito limitado, sobre a epidemiologia das anemias e da hipovitaminose A. De outro lado, os estudos ainda preliminares sobre a relação entre enfermidades crônicas não-transmissíveis e perfil da dieta deverão ser, da mesma forma, ampliados, e disseminadas as suas conclusões. Já a relação entre consumo alimentar e valor da dieta deverá ser objeto de estudos que permitam ampliar a análise da situação, uma vez que os dados disponíveis referem-se apenas a algumas áreas metropolitanas. Deverão ser promovidos, igualmente, estudos relativos ao custo-benefício e ao custo-eficácia de programas e ações decorrentes desta Política, bem como estudos epidemiológicos destinados a mapear as carências nutricionais prevalentes no País.

Os estudos e investigações deverão possibilitar a elaboração de tabelas nacionais sobre composição e valor nutritivo dos alimentos e das principais preparações culinárias, particularizando-se o interesse pelos aspectos de biodisponibilidade de ferro e de vitamina A. Uma outra linha de interesse será o estudo da composição alimentar e do conteúdo nutricional das refeições oferecidas em grandes quantidades, como as servidas nas Forças Armadas, na merenda escolar e na alimentação do trabalhador pelo Programa de Alimentação do Trabalhador e pelos Serviços Sociais do Comércio e da Indústria, com vistas à promoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis.

Será, também, objeto de ênfase o estabelecimento de padrões alimentares regionalizados para todas as faixas etárias, segundo hábitos locais prevalentes, inclusive no período de transição alimentar do aleitamento, destacando-se, nesse particular, a implementação de projetos já iniciados. Nesses estudos, deverão ser investigados, entre outros, fatores de proteção ao aleitamento materno, bem como as propostas e iniciativas sobre parâmetros e normas recomendadas para a alimentação de transição ao aleitamento. Serão desenvolvidas, ainda, pesquisas de natureza antropológica e etnográfica sobre hábitos e práticas alimentares, visando, especificamente, o resgate de diferentes culturas relacionadas ao consumo de alimentos tradicionalmente valorizados.

Além desses estudos, promover-se-á a atualização da cartografia dos problemas alimentares e nutricionais do País; a análise dos fatores de risco das endemias nutricionais de importância epidemiológica;

e a formulação de proposição, avaliação e validação de modelos de intervenção, considerando os aspectos referentes à eficácia, à efetividade e à relação custo/benefício.

3.7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem diretriz que perpassará todas as demais definidas nesta Política, configurando mecanismo privilegiado de articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade, e cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas de governo. Esse componente deverá merecer atenção especial, sobretudo no tocante ao que define a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu art. 14 e no parágrafo único, nos quais está estabelecido que a formação e a educação continuada contemplarão ação intersetorial articulada. A lei estabelece, como mecanismo fundamental, a criação de 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".

O trabalho conjunto com o MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, especificamente, deverá ser viabilizado tendo em vista a indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde, abordando todos os aspectos inerentes às diretrizes aqui fixadas, com especial atenção à incorporação de conteúdos relevantes à realização dos direitos humanos como um dos eixos centrais desta Política. No âmbito da execução de ações, de forma mais específica, a capacitação buscará preparar os

recursos humanos para a operacionalização de um elenco básico de atividades, na perspectiva de promoção dos direitos humanos, que incluirá: a avaliação de casos; a eleição de beneficiários e seu devido acompanhamento nos serviços locais de saúde; e a prevenção e o manejo adequado de doenças que interferem no estado de nutrição ou, sob outros aspectos, de condições alimentares e nutricionais que atuam como fatores relevantes de risco no desenvolvimento de doenças, particularmente as de natureza crônica não transmissível.

A capacitação de pessoal para o planejamento, a coordenação e a avaliação de ações deverá constituir as bases para o desenvolvimento do processo contínuo de articulação com os demais setores, cujas ações estão diretamente relacionadas com a alimentação e a nutrição no âmbito do setor Saúde. Essa capacitação será promovida levando em conta as questões inerentes à garantia do direito humano à alimentação e nutrição adequadas. Deverá, igualmente, capacitar os profissionais para prestar a devida cooperação técnica demandada pelas demais esferas de gestão, no sentido de uniformizar conceitos e procedimentos que se tornarão indispensáveis para a efetivação desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição, bem como para o seu processo contínuo de avaliação e acompanhamento.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Em observância aos princípios do SUS, os gestores, de forma articulada e dando cumprimento às suas atribuições comuns e específicas, atuarão no sentido de viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que é a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais. Outrossim, considerando as características peculiares de intersetorialidade e de vinculação desta Política à Política de Segurança Alimentar e Nutricional, estão explicitadas, na seqüência, responsabilidades de natureza intra e intersetorial.

4.1. Articulação intra e intersetorial Caberá aos gestores do SUS, nas respectivas áreas de abrangência, promover a implementação e a avaliação desta Política, estabelecendo, para tanto, o necessário processo de articulação com aqueles setores envolvidos com a Segurança Alimentar e Nutricional, visando, em especial, o estabelecimento de parcerias e a articulação interinstitucional que possibilitem consolidar compromissos multilaterais.

Será buscado, da mesma forma, o estabelecimento de parceria com a sociedade, de modo a alcançar-se a sua efetiva participação na consecução da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

A busca de parcerias com os demais setores envolvidos na Segurança Alimentar e Nutricional e, por conseguinte, na concretização do direito humano à alimentação e nutrição adequadas, levará em conta a adoção ou implementação de medidas essenciais que poderão redundar em impacto importante sobre a saúde da população e, por via de consequência, no alcance do propósito da presente Política. A seguir, são identificados instituições e setores federais prioritários, bem como as principais medidas preconizadas.

A. Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde O funcionamento dessa Comissão reveste-se da maior importância para a consolidação desta Política, além de concretizar o estabelecido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, já mencionada, e que se refere à articulação de políticas e programas no âmbito da alimentação e nutrição, cuja elaboração e execução estão fora do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, será importante a redefinição da composição Comissão Intersetorial, de modo que possa contar com representantes dos gestores do SUS e dos setores envolvidos com a Segurança Alimentar e Nutricional, para que as decisões decorrentes das resoluções do Conselho Nacional de Saúde, respaldadas na apreciação desta Comissão, estejam baseadas na realidade e tenham como suporte os agentes e instituições responsáveis por sua implementação. A Comissão Intersetorial deverá promover, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a criação de Comissões semelhantes nos âmbitos estadual e municipal.

B. Comunidade Solidária A articulação com a Comunidade Solidária estará voltada para o aproveitamento de sua capacidade de mobilização dos diferentes setores e, portanto, do seu papel catalisador, facilitando, assim, a viabilização de medidas estratégicas, tais como: a integração de programas de alimentação e nutrição com outras ações sociais; a divulgação de informações referentes a esta Política Nacional; a promoção do diálogo entre os principais atores governamentais e não governamentais envolvidos com a área de alimentação e nutrição.

C. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento A parceria com esse Ministério terá por finalidade: a identificação de estratégias e programas agrícolas que tenham objetivos e metas

nutricionais específicos e a avaliação da capacidade destes para a melhoria da nutrição, tendo como referência o modelo agroecológico;

a uniformização de procedimentos de vigilância, nos diferentes níveis governamentais, de modo a estabelecer-se a sintonia operacional e o intercâmbio de informações entre a vigilância sanitária dos alimentos, por parte do SUS, e as ações pertinentes executadas por esse Ministério; a análise de níveis e padrões da produção local e da produção caseira de alimentos e as práticas de armazenamento e conservação; a avaliação da eficiência da extensão agrícola (assistência técnica e creditícia), a capacidade e a disposição estacional de alimentos, a comercialização e as conexões entre o mercado rural e urbano; a avaliação do impacto do programa de agricultura familiar, na oferta de alimentos, as dificuldades na transição da agricultura tradicional para a moderna e as conseqüências no que respeita ao aumento das disparidades regionais; a utilização dos sistemas estaduais de extensão rural, conectados à prestação de assistência técnica a pequenos agricultores com vistas, prioritariamente, à autossuficiência alimentar.

D. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão No conjunto de medidas decorrentes da parceria com esse Ministério, destacam-se aquelas inerentes à alocação de recursos orçamentários;

à definição de prioridades; e ao acompanhamento do impacto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

E. Gabinete do Ministro Extraordinário de Política Fundiária Com esse Gabinete, a articulação pretendida deverá possibilitar a mobilização de agricultores vocacionados, em primeira instância, para a questão do autoabastecimento, destacando objetivos básicos de alimentação e nutrição não só pelo perfil dominante dos sistemas de produção nos assentamentos agrários, como também pela vulnerabilidade biológica e social que os beneficiários desses projetos apresentam aos problemas nutricionais. Dessa maneira, essa mobilização buscará, prioritariamente, promover a alimentação e nutrição dos assentados, mediante: o desencadeamento de um processo que resguarde os pequenos produtores e os insira no processo de mercados globalizados; o desenvolvimento da capacidade cognitiva para decodificar e adotar novas tecnologias, por meio da adequada educação dos trabalhadores rurais e pequenos agricultores; a avaliação do investimento em pesquisa agrícola direcionada à modernização da pequena agricultura, em termos de incorporação de tecnologia mecânica, químico-biológica, tendo

como referência o modelo agroecológico e organizacional (comercialização e agroindustrialização).

F. Ministério das Relações Exteriores Tendo em conta o acordo formal dos Ministérios da Saúde do Brasil, da Argentina, do Uruguai e do Paraguai, no âmbito do MERCOSUL, o processo de articulação deverá envolver o estabelecimento de compromisso em torno de uma ação conjunta de combate às carências de micronutrientes (Optionline Database & Training Ltda - Todos os direitos reservados). Essa medida implica interferências diretas no setor de produção e transformação de alimentos, especialmente no que se refere aos critérios e normas de enriquecimento de produtos industrializados e de amplo consumo popular.

G. Ministério do Trabalho e Emprego A articulação com o Ministério do Trabalho e Emprego deverá buscar: a avaliação da possibilidade de mensuração dos objetivos atinentes à melhoria das condições nutricionais dos trabalhadores e sua relação com a redução dos acidentes de trabalho; o acompanhamento e a orientação dos agentes envolvidos no Programa de Alimentação do Trabalhador (empresas beneficiárias, trabalhadores e empresas fornecedoras e/ou prestadoras de serviços de alimentação);

a ampliação da política de alimentação do trabalhador, visando à expansão do benefício para as regiões mais carentes e para a população trabalhadora de mais baixa renda; e a identificação das repercussões do PAT sobre a atividade econômica, por parte dos vários agentes intervenientes (fornecedores de alimentação coletiva, distribuidores de cestas de alimentos, restaurantes etc.), a geração de emprego e renda e o crescimento da demanda de produtos agropecuários.

H. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Com esse Ministério, o trabalho de articulação promovido pelo Ministério da Saúde estará centrado: na promoção de práticas alimentares e nutricionais saudáveis junto aos escolares e seus familiares;

na reorientação da formação de profissionais de saúde, tendo em conta as diretrizes fixadas nesta Política; na avaliação da qualidade da merenda escolar e de seu impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do aluno, a capacidade de aprendizagem e o rendimento escolar; na avaliação da influência das transformações de atitudes e potencial de extensão à família e à comunidade, em termos da incorporação de novos e melhores

hábitos alimentares; na análise da introdução de conteúdos educativos de saúde, alimentação e nutrição, nos currículos do ensino fundamental, e a preparação de material educativo com esta finalidade, inclusive para as atividades da educação a distância; na capacitação do professor e na reorientação de sua formação para a prática do ensino de temas de saúde e nutrição, bem como para identificar problemas nutricionais; na introdução de temas de saúde, alimentação e nutrição, entre eles o aleitamento materno, nos currículos escolares; na avaliação e fortalecimento dos vínculos com as universidades e outros centros de ensino e pesquisa, para utilização da capacidade analítica e de desenho de estratégias, bem como para o apoio à capacitação e treinamento de profissionais e agentes comunitários.

I. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO EXTERIOR e Ministério da Ciência e Tecnologia.

A atuação do Ministério da Saúde, junto a esses dois Ministérios, no tocante a esta Política Nacional de Alimentação e Nutrição, deverá focalizar: a análise das medidas de salvaguarda do Governo em relação às importações de alimentos, para assegurar a qualidade e inocuidade dos produtos ofertados; a análise das ofertas tecnológicas capazes de elevar a produtividade e a rentabilidade das culturas alimentícias, privilegiando as de manejo agroecológico; a avaliação de tecnologias de fortificação de alimentos com iodo, ferro e vitamina A; a ampliação do incentivo para pesquisas baseando-se nas prioridades apontadas nesta Política.

J. Ministério da Justiça A articulação com o Ministério da Justiça buscará a realização da alimentação como um direito humano universal, incluindo o desencadeamento de medidas de defesa do consumidor, e mobilizando outros órgãos e segmentos sociais envolvidos com a questão.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde Preparar e fornecer informações, análises e propostas que subsidiem a elaboração e o monitoramento da efetividade de políticas extrassetoriais que garantam o respeito, a proteção, a facilitação e a concretização do direito humano à alimentação e nutrição adequadas, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional.

Implementar e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Estabelecer normas e prestar cooperação técnica aos Estados e aos Municípios, voltadas à implementação desta Política,

sistematizando, inclusive, medidas de prevenção e manejo de problemas de nutrição em escala individual, familiar e comunitária, contando com o apoio técnico-científico dos Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição.

Participar do financiamento das ações decorrentes desta Política, destinando recursos, sob a forma de incentivos, procedimentos específicos e outros mecanismos disponíveis para a prestação de serviços e a aquisição, por parte dos outros gestores do SUS, de alimentos e outros insumos definidos.

Promover mecanismos de consolidação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, o SISVAN, ampliando a sua abrangência em termos técnicos e geográficos, para fins de mapeamento e monitoramento da fome, da desnutrição e de outros problemas nutricionais.

Orientar e apoiar Estados e Municípios em seus processos de aquisição de alimentos e outros insumos estratégicos, contribuindo para que essa aquisição esteja consoante à realidade alimentar e nutricional e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo.

Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde.

Promover a revisão da legislação sobre alimentos, em especial daquela inerente à vigilância sanitária.

Adequar planos, programas, projetos e atividades às diretrizes e prioridades desta Política.

Promover o estabelecimento de rede de laboratórios capacitados à certificação da qualidade de alimentos.

Promover a inspeção e a fiscalização sanitária dos alimentos colocados ao consumo da população, segundo o grau de risco desses produtos, formulando, inclusive, programas específicos para tal fim.

Implementar e consolidar o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária de alimentos.

Redefinir e coordenar, no tocante a alimentos, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Coordenar e monitorar outros sistemas nacionais básicos para esta Política, de que são exemplos o de Vigilância Epidemiológica e o da Rede de Laboratórios de Saúde Pública.

Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política.

Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à alimentação e nutrição.

Promover a capacitação de recursos humanos para a implementação desta Política.

Promover a adoção de práticas e hábitos de alimentação saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias.

Apoiar Estados e Municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando à eliminação ou o controle dos fatores de risco detectados.

Promover as negociações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos de boa qualidade.

Promover o controle social da execução desta Política, inclusive da aplicação dos recursos financeiros correspondentes, mediante o fortalecimento da ação do Conselho Nacional de Saúde.

4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde Elaborar, coordenar e executar a Política Estadual de Alimentação e Nutrição, consoante a esta Política Nacional.

Promover a elaboração e/ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, na conformidade da Política Estadual de Alimentação e Nutrição.

Promover processo de articulação intersetorial no Estado, visando à implementação da respectiva política de alimentação e nutrição.

Participar do financiamento das ações decorrentes da Política Estadual.

Participar da definição e da aquisição dos alimentos e insumos estratégicos, segundo o seu papel nos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão a Política.

Orientar e apoiar os Municípios nos processos de aquisição de alimentos e outros insumos estratégicos, contribuindo para que essa aquisição esteja consoante à realidade alimentar e nutricional e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo.

Prestar cooperação técnica aos Municípios na implementação das ações decorrentes da Política Estadual.

Elaborar e apoiar propostas de estudos e pesquisas estrategicamente importantes para a implementação, avaliação ou reorientação das questões relativas à alimentação e nutrição.

Coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a operacionalização desta Política, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o da Rede de Laboratórios de Saúde Pública.

Promover mecanismos de consolidação do componente estadual do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, o SISVAN, ampliando a sua abrangência em termos técnicos e geográficos, para fins de mapeamento e monitoramento da fome, da desnutrição e de outros problemas nutricionais.

Organizar e coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública, no tocante a procedimentos relativos ao diagnóstico de distúrbios nutricionais e ao controle da iodatação do sal.

Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução da política estadual de alimentação e nutrição.

Implementar as ações de vigilância sanitária de alimentos sob a sua responsabilidade.

Manter e estreitar as relações entre a vigilância sanitária de alimentos, a cargo do SUS, e as ações pertinentes executadas pelo Ministério e pelas Secretarias de Agricultura, com vistas a preservar atributos relacionados ao valor nutricional e critérios de sanidade dos alimentos.

Participar da aquisição de insumos destinados à atenção ambulatorial e hospitalar, no que diz respeito ao atendimento de distúrbios nutricionais.

Promover o adequado armazenamento dos alimentos e de outros insumos.

Promover a adoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação.

Promover as negociações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos de boa qualidade.

Promover o controle social da execução desta Política, inclusive da aplicação dos recursos financeiros correspondentes, mediante o fortalecimento da ação do Conselho Estadual de Saúde respectivo.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal -- Secretaria Municipal de Saúde ou organismos correspondentes Coordenar e executar ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, no respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo Município.

Receber e/ou adquirir alimentos e suplementos nutricionais, garantindo o abastecimento de forma permanente e oportuna, bem como a sua dispensação adequada.

Promover as medidas necessárias para integrar a programação municipal à adotada pelo Estado.

Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar, de forma produtiva e eficaz, o elenco de atividades específicas na área de alimentação e nutrição.

Operacionalizar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a implementação desta Política, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o da Rede de Laboratórios de Saúde Pública.

Promover mecanismos de consolidação do componente municipal do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - o SISVAN.

Estabelecer sistemas de informação e análise como prática contínua e regular.

Implantar, na rede de serviços, o atendimento da clientela portadora de agravos nutricionais clinicamente instalados, envolvendo:

a assistência alimentar, o controle de doenças intercorrentes e a vigilância dos irmãos e contatos, garantindo a simultaneidade da execução de ações específicas de nutrição e de ações convencionais de saúde.

Uniformizar procedimentos relativos à avaliação de casos, à eleição de beneficiários, ao acompanhamento e recuperação de desnutridos, bem como à prevenção e manejo de doenças que interferem no estado nutricional.

Identificar e atender situações individuais e coletivas de risco nutricional.

Obter informações representativas do consumo alimentar.

Realizar a vigilância da hipovitaminose A, promovendo, inclusive, a aplicação periódica de megadoses dessa vitamina.

Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas alimentares saudáveis, tais como o valor nutritivo, propriedades terapêuticas, indicações ou interdições de alimentos ou de suas combinações, mobilizando, para tanto, diferentes segmentos sociais, como, por exemplo, a escola.

Estabelecer infraestrutura e aplicar normas de controle de alimentos para consumo, assegurando a sua qualidade e inocuidade.

Executar ações de vigilância sanitária de alimentos sob sua responsabilidade.

Manter e estreitar as relações entre a vigilância sanitária de alimentos, a cargo do SUS, e as ações pertinentes executadas pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Agricultura, com vistas a preservar atributos relacionados ao valor nutricional e aos critérios de sanidade dos alimentos.

Associar-se a outros Municípios, inclusive na forma de consórcios, de modo a prover o atendimento de sua população nas questões referentes à alimentação e nutrição.

Participar do financiamento das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, destinando recursos para a prestação de serviços e a aquisição de alimentos e outros insumos.

Definir e adquirir, com o apoio dos demais gestores, os alimentos e insumos estratégicos que devem fazer parte da suplementação alimentar e nutricional na rede de serviços, atentando para que esta aquisição esteja consoante à realidade alimentar e nutricional e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo.

Investir na infraestrutura de armazenamento dos alimentos e outros insumos estratégicos, visando assegurar a qualidade desses alimentos.

Promover as negociações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos de boa qualidade.

Promover o controle social da execução desta Política, inclusive da aplicação dos recursos financeiros correspondentes, mediante o fortalecimento da ação do Conselho Municipal de Saúde respectivo.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A explicitação de diretrizes e prioridades desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição, no âmbito do SUS, evidencia a necessidade da sistematização de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação de sua implementação. Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia, voltados, de forma específica e inovadora, para a avaliação da Política.

Grande parte das informações alimentadoras do processo de acompanhamento e avaliação deverá, obviamente, ser produzida no interior dos vários planos, programas, projetos, ações e/ou atividades que operacionalizarão esta Política Nacional.

Além da avaliação de questões relativas ao impacto de políticas extrassetoriais sobre alimentação e nutrição e relativas à alimentação e nutrição propriamente ditas, buscar-se-á verificar a repercussão desta Política na saúde e na melhoria da qualidade de vida da população e, portanto, da concretização do direito humano neste contexto, dentro de uma visão sistêmica e intersetorial. Ao viabilizar essa avaliação, deverão ser incluídos indicadores que permitam verificar em que medida estão sendo consolidados os princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do detalhamento feito no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 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 Política Nacional de Alimentação e Nutrição estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única 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 neste 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, os quais se destinam a incorporar, na agenda dos governos, concepções, objetivos, metas e estratégias de alimentação e nutrição.

Entre as metas prioritárias fixadas para o ano 2000, seis se referem à área de alimentação e nutrição, indicando a sua relevância como campo de ação dos governos e da sociedade. Essas metas são: a redução, para menos de 10%, da incidência do baixo peso ao nascer;

a diminuição, em 50%, da frequência de desnutrição moderada e grave em crianças; a redução, em 1/3, da ocorrência de anemia em gestantes; o controle dos distúrbios provocados pela deficiência de iodo; o controle da deficiência de vitamina A como problema de saúde pública; e o provimento de condições para que todas as mães possam amamentar seus filhos de forma exclusiva até o 6º mês de vida, continuando a amamentação, num processo de transição alimentar, até os dois anos.

6. TERMINOLOGIA

Aleitamento materno - conjunto de processos (nutricionais, comportamentais e fisiológicos) envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, seja diretamente no peito ou por extração artificial.

Alimentação - processo biológico e cultural que se traduz na escolha, preparação e consumo de um ou vários alimentos.

Alimentação complementar adequada e oportuna - aquela que se inicia como complemento ao aleitamento materno, a partir dos 4-6 meses de vida com dietas adequadas em quantidade e qualidade (nutrientes e calorias).

Alimentos complementares ou de transição - aqueles que se oferecem à criança em complementação ao leite materno, a partir dos 4-6 meses de vida e que são preparados de modo a oferecer uma dieta de consistência gradativamente maior até que ela possa receber a dieta da família, junto com o leite materno. Atualmente, está em desuso o termo alimentos de desmame para não dar a idéia de que a introdução de outro alimento na dieta da criança implica a suspensão do leite materno.

Alimentos in natura - Produtos ofertados e consumidos em seu estado natural, sem sofrer alterações industriais que modifiquem suas propriedades físico-químicas (textura, composição, propriedades organolépticas). As frutas e o leite fresco são bons exemplos de alimentos in natura.

Amamentação exclusiva - uso de leite materno, habitualmente até aos 6 meses de vida, como único alimento da criança, não sendo admitidos chás ou água como exceção.

Anemia - redução dos níveis de hemoglobina no sangue para valores abaixo dos limites estabelecidos como normais, de acordo com a idade, o sexo e a condição fisiológica.

Apoio alimentar - doação pessoal ou institucional de um ou vários alimentos para pessoas desnutridas ou em risco de desnutrição.

O mesmo que suplementação alimentar ou, em alguns países, assistência alimentar.

Assistência alimentar - ver apoio e suplementação alimentares.

Avaliação antropométrica - uso de medidas (principalmente peso e altura) como critério para avaliar o crescimento físico e, por extensão, o estado nutricional.

Baixo peso ao nascer - os casos de crianças nascidas vivas com menos de 2.500 gramas.

Banco de leite humano - centro especializado, responsável pela promoção do incentivo ao aleitamento materno e à execução das atividades de coleta, processamento, estocagem e controle de qualidade do leite humano extraído artificialmente, para posterior distribuição, sob prescrição de médico ou nutricionista.

Bem-estar nutricional - estado orgânico em que as funções de consumo e utilização de energia alimentar e de nutrientes se fazem de acordo com as necessidades biológicas dos indivíduos.

Biodisponibilidade - o grau de aproveitamento de nutrientes específicos contidos nos alimentos, tomando como referência o conteúdo total (100%) do princípio nutritivo considerado.

Bócio - aumento significativo da glândula tireóide, que passa a extrapolar seus limites normais.

Caráter intersetorial - aspecto que considera a corresponsabilidade de dois ou mais de dois setores do governo

em relação às causas ou às soluções dos problemas de alimentação e nutrição.

Carências nutricionais - situações em que deficiências gerais ou específicas de energia e nutrientes resultam na instalação de processos orgânicos adversos para a saúde.

Composição dos alimentos - valor nutritivo dos alimentos, ou seja, o seu conteúdo em substâncias específicas, como vitaminas, minerais e outros princípios.

Controle de doenças coexistentes - medidas para prevenir e curar a ocorrência de doenças que agravam o estado nutricional.

Crescimento e desenvolvimento - o primeiro termo refere-se ao aumento de medidas corporais, como peso e altura. O segundo, aplica-se ao aparecimento e aperfeiçoamento de funções, como a linguagem, a habilidade motora, as funções cognitivas, a maturidade psíquica e outras.

Cretinismo - retardo mental resultante da ação adversa da deficiência de iodo na maturação do sistema nervoso da criança.

Critério de sanidade dos alimentos - princípios e normas para assegurar que os alimentos tenham bom valor nutritivo e não apresentem contaminantes físicos, químicos e biológicos prejudiciais à saúde dos consumidores.

Cuidados nutricionais específicos - ações recomendadas para situações peculiares de riscos nutricionais, como a anemia, o bócio, a hipovitaminose A e outras condições.

Deficiência de ferro - estado orgânico de carência desse micronutriente, que ocorre quando o consumo alimentar de ferro biodisponível é baixo, quando as perdas de sangue são elevadas, o aumento dos requerimentos por processos infecciosos e ou febris, ou, ainda, quando ocorrem simultaneamente as duas condições, diminuindo o estoque corporal de ferro, podendo resultar no aparecimento de anemia.

Deficiência primária de iodo - é a deficiência de iodo, inicialmente atribuída à baixa ingestão deste micronutriente.

Deficiência de micronutrientes - estado orgânico de carência de princípios nutritivos cujas exigências são muito pequenas, medindo

se em miligramas diários, como a vitamina A, o ferro, o iodo e o zinco.

Deficiência energético-proteica - também chamada desnutrição energético-proteica, refere-se ao estado nutricional que ressalta a deficiência de calorias e de proteínas. Ocorre sobretudo em crianças.

Déficit de altura - atraso do crescimento estatural, quando comparado com os padrões de normalidade por sexo e idade.

Déficit antropométrico - atraso nas relações peso/idade, peso/altura, altura/idade, tomando como referência as tabelas de normalidade convencionalmente recomendadas. Pode referir-se a outros índices de medidas corporais.

Déficit peso/idade - a explicação está implícita na terminologia do déficit antropométrico.

Desmame - processo que se inicia com a introdução de qualquer alimento na dieta da criança que não seja o leite materno incluindo os chás e a água e que termina com a suspensão completa do leite materno.

Desnutrição - termo genérico usualmente empregado para discriminar deficiências nutritivas, referindo-se, principalmente, à desnutrição energético-proteica. Ver as definições correspondentes a déficits antropométricos, desnutrição energético-proteica, deficiência de micronutrientes, que seriam casos específicos de desnutrição ou de doenças carenciais.

Desnutrição crônica - processo carencial de longa duração, expresso, ilustrativamente, no déficit de altura.

Diabetes - processo de intolerância à glicose, que se traduz, convencionalmente, na elevação do "açúcar" no sangue e sua presença eventual na urina.

Dieta - genericamente, corresponde aos padrões alimentares dos indivíduos. Especificamente, pode representar uma combinação recomendada de alimentos em determinadas proporções para atender a necessidades terapêuticas.

Dislipidemias - termo que se refere às alterações, quase sempre por excessos, nos teores de lipídeos ou gorduras do sangue, como o colesterol e os triglicerídeos.

Distúrbios nutricionais - são problemas de saúde decorrentes da má nutrição, ou seja, situações patológicas de etiologia nutricional.

Doenças da nutrição - terminologia para uma grande variedade de doenças que resultam do baixo consumo, do consumo excessivo ou do desequilíbrio prolongado da ingestão e utilização de princípios nutritivos que devem ser harmonicamente combinados. Várias referências anteriores configuram essas situações: bócio, deficiências nutricionais, desnutrição. Ver também dislipidemias e obesidade.

Endemias carenciais - doenças carenciais, como a anemia ferropriva, a desnutrição energético-proteica e o bócio, que ocorrem com uma frequência regular e praticamente constante, e prevalência acima dos limites tolerados como "normais".

Enriquecimento alimentar - adição de determinados nutrientes (vitaminas, sais minerais ou outros) a alimentos com baixo conteúdo em relação a determinados princípios nutritivos.

Estresse - estímulos adversos, com diferentes impactos físicos, psíquicos e nutricionais. Tensão.

Ferro medicamentoso - composto orgânico ou inorgânico de ferro, usado para tratamento das anemias.

Garantia da qualidade dos alimentos - ver segurança alimentar, vigilância sanitária dos alimentos.

Grupos biológicos - ver "vigilância nutricional", "vigilância de irmãos e contatos" e "vulnerabilidade". Designativo de riscos induzidos por fatores biológicos.

Hábitos alimentares saudáveis - ver práticas alimentares saudáveis, segurança e qualidade dos alimentos.

Hipovitaminose A - baixa disponibilidade de vitamina A nos depósitos hepáticos e níveis diminuídos no sangue, apresentando ou não sintomas e sinais de deficiência.

Hospital "Amigo da Criança" - maternidades e hospitais que cumprem os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno", preconizados pela OMS/UNICEF.

Idiotia - retardo físico, motor e mental ocasionado pela deficiência grave de iodo no período fetal e nos primeiros meses de vida.

Índice de Pobreza Humana - IPH - esse índice é composto pelos indicadores relacionados à esperança de vida, à desnutrição em menores de cinco anos, à alfabetização, ao acesso a serviços de saúde e à água potável.

Iodo-dependente - diz-se dos distúrbios funcionais ou morfológicos (entre os quais o bócio e a idiotia) produzidos pela deficiência de iodo na água, sais e alimentos consumidos.

Mcg/dl - microgramas por decilitro. Medida utilizada em exames laboratoriais.

Medidas profiláticas - medidas tomadas para a prevenção de doenças ou de agravos nutricionais.

Medidas terapêuticas - medidas adotadas para corrigir situações patológicas clinicamente instaladas.

Ações destinadas à cura de doenças.

Megadoses - grandes quantidades de um medicamento ou micronutriente administradas de uma só vez, como é o caso da vitamina A.

Micronutrientes - nutrientes demandados pelo organismo em quantidades muito pequenas (miligramas ou microgramas) como o iodo, a vitamina A, o zinco e o ferro.

Monitoramento do estado nutricional - o mesmo que Vigilância Nutricional.

Nutrição - estado fisiológico que resulta do consumo e utilização biológica de energia e nutrientes em nível celular.

Obesidade - aumento exagerado do peso em relação à altura.

No sinônimo popular, os gordos correspondem aos obesos.

Orientação alimentar - recomendações para a escolha, preparação, conservação doméstica e consumo de alimentos mediante critérios de consideração de seu valor nutritivo e indicações específicas, segundo condições fisiológicas (crescimento, gravidez, lactação), patológicas (obesidade, diabetes, doenças carenciais) ou, ainda, por justificativas socioeconômicas (relação valor nutritivo x custos).

Ver, ainda, práticas alimentares saudáveis.

Percentil 10 e percentil 3 da relação peso/idade - o percentil refere-se à posição de um indivíduo em uma dada distribuição de referência. Assim, os percentis 10 e 3, como utilizados no texto, referem-se aos valores de peso apresentados por 10% e 3% das crianças, respectivamente, na distribuição do padrão antropométrico de referência. Dessa forma, uma criança que se encontra com pesos iguais ou inferiores a esses dois limites tem uma possibilidade maior de apresentar uma situação de distúrbio nutricional. Em outras palavras, pode-se afirmar que o percentil 10 ou o percentil 3 da relação peso/idade é a linha de separação representada no gráfico de crescimento do "Cartão da Criança", indicando o limite inferior de separação entre a normalidade e a possível desnutrição ou retardo de crescimento. A visualização do gráfico esclarece bem o princípio e a aplicação da linha "percentil 10" ou "percentil 3".

Perigo na cadeia alimentar - agente biológico, químico ou físico, ou propriedade de um alimento, que pode ter efeitos adversos sobre a saúde.

Práticas alimentares saudáveis - usos, hábitos e costumes que definem padrões de consumo alimentar de acordo com os conhecimentos científicos e técnicas de uma boa alimentação. Ver "orientação alimentar", "composição dos alimentos" e "bem-estar nutricional".

Precursos de vitamina A - substâncias contidas nos alimentos vegetais (carotenos) que, depois de ingeridos, se convertem em vitamina.

Produtos dietéticos - bebidas ou alimentos processados, com a particularidade de que se destinam a atender determinadas situações de interesse médico ou nutricional: baixo conteúdo calórico, reduzido teor de gorduras, por exemplo.

Produtos farmacêuticos - usa-se o termo, neste documento, para discriminar preparações farmacológicas à base de nutrientes específicos, como vitaminas, ferro, iodo, zinco etc., sob a forma de medicamentos.

Propriedade terapêutica - propriedade que tem determinado alimento ou fármaco (ver item anterior) de atuar, curativamente, na correção de desvios ou doenças plenamente caracterizadas. No uso em apreço, as doenças da nutrição.

Riscos nutricionais - condições caracterizadas por probabilidade aumentada de que um determinado problema nutricional possa acontecer ou já esteja ocorrendo.

Rotulagem nutricional - componente do rótulo que descreve o conteúdo nutricional do produto.

Segurança alimentar - garantia de que as famílias tenham acesso físico e econômico regular e permanente a conjunto básico de alimentos em quantidade e qualidade significantes para atender aos requerimentos nutricionais.

Segurança alimentar e nutricional - acrescenta-se, à definição anterior, o conceito de que, além do acesso e consumo, o organismo deve dispor de condições fisiológicas adequadas para o aproveitamento dos alimentos, ou seja, para uma boa digestão, absorção e metabolismo de nutrientes.

Segurança e qualidade dos alimentos - trata, em Vigilância Sanitária, dos atributos referentes à inocuidade dos alimentos e seu valor nutritivo. Ver também práticas alimentares saudáveis.

Sítios sentinelas - áreas ou comunidades que podem ser acompanhadas, mediante a aplicação de um conjunto de indicadores do estado nutricional, para expressar, por analogia, a situação provável em contextos socioeconômicos e sanitários semelhantes.

Sobrepeso - excesso de peso de um indivíduo quando em comparação com tabelas ou padrões de normalidade. A obesidade é um grau bem elevado de sobrepeso.

Suplementação alimentar - cota adicional de alimentos destinada a prevenir ou corrigir deficiências nutricionais. Ver apoio alimentar.

Tabela de composição químico-nutricional - são tabelas que informam o conteúdo dos alimentos em proteínas, gorduras, hidratos de carbono, vitaminas e minerais de interesse da nutrição humana.

Tradições alimentares - usos e costumes alimentares que se transmitem de geração a geração, segundo a cultura tradicional de determinadas etnias ou grupamentos antropologicamente homogêneos.

Transição alimentar - refere-se às mudanças lentas ou rápidas que ocorrem no padrão alimentar das crianças, na medida em que a amamentação vai sendo substituída por outros produtos, até atingir o padrão alimentar da família. É um período crítico em relação aos riscos nutricionais.

Transição epidemiológica - mudanças que ocorrem nos perfis de morbimortalidade de uma população, tendo como substrato principal a transição demográfica de uma pirâmide etária "jovem" para um modelo de população madura ou envelhecida. O fato epidemiológico mais representativo seria a passagem do polo desnutrição/infecção para o pólo obesidade/doenças crônico-degenerativas.

Utilização biológica dos alimentos - processo que envolve a cadeia digestão/absorção/metabolismo/excreção ou ressíntese parcial dos alimentos nos organismos vivos. Pode ser adversamente alterado pela ocorrência de doenças, compreendendo um, dois ou até todos os elos da cadeia de utilização biológica.

Vigilância alimentar e nutricional - consiste na coleta e na análise de informações sobre a situação alimentar e nutricional de indivíduos e coletividades, com o propósito de fundamentar medidas destinadas a prevenir ou corrigir problemas detectados ou potenciais.

É um requisito essencial para justificar, racionalmente, programas de alimentação e nutrição. Ver, ainda: crescimento e desenvolvimento, controle de doenças, cuidados nutricionais específicos.

Vigilância de irmãos e contatos - recomendação para acompanhar, de forma atenta, dispensando os cuidados necessários (apoio ou suplementação alimentar, avaliação do crescimento, ações básicas de saúde), os irmãos e mães (considerados "contatos") de crianças desnutridas de seis a 23 meses. A desnutrição nessa faixa etária pode ser um indicativo de que mães e irmãos podem ser desnutridos, constituindo grupos de risco nutricional.

Vigilância nutricional - parte da vigilância alimentar e nutricional, tratando, como enfoque principal, o estado de nutrição dos grupos biológicos (crianças, gestantes) e sociais (baixa renda) mais expostos aos problemas da nutrição. Pode incluir, também, situações opostas (homens e mulheres adultos e velhos com sobrepeso, obesidade e suas conseqüências).

Vigilância sanitária dos alimentos - verificação da aplicação de normas e condutas objetivando assegurar a necessária qualidade dos alimentos. Ver "critério de sanidade dos alimentos".

Vulnerabilidade - trata de fatores biológicos, ocupacionais ou sociais que aumentam os riscos aos agravos nutricionais.

Xeroftalmia - alterações oculares condicionadas pela deficiência de vitamina A.

ANEXO XCIII I- PREÂMBUL.

O presente Regulamento fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991). Cumpre as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 da legislação brasileira correlata: Código de Direitos do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (dispõe sobre as condições de atenção à saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes), Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (participação da comunicação na gestão do Sistema Único de Saúde), Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990 (organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde), Decreto nº 98.830, de 15 de janeiro de 1990 (coleta por estrangeiros de dados e materiais científicos no Brasil), Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, e Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993 (dispõem sobre retirada de tecidos, órgãos e outras do corpo humano com fins humanitários e científicos), Lei nº 8.501, de 5 de janeiro de 1995 (uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados), Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996 (regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial), e outras.

Este Regulamento incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O caráter contextual das considerações aqui desenvolvidas implica revisões periódicas deste Regulamento, conforme necessidade nas áreas tecnocientífica e ética.

Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios emanados deste texto, deve cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas.

ANEXO XCIV POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS

I - CONTEXTUALIZAÇÃO O Conselho Nacional de Saúde, após a aprovação das Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde - SUS, cumpre, agora, o compromisso de elaborar a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS.

Esta Política representa uma conquista legitimada nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, construída em conjunto com os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, com a coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e com as contribuições das Oficinas Regionais sobre o tema, realizadas em abril e maio de 2006. Amplia o conceito de Capacitação de Conselheiros e dá oportunidade ao acesso às informações e aos conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde - SUS para o efetivo exercício da cidadania para toda a sociedade brasileira.

Entende-se como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas.

Todo o processo de formação, capacitação e educação permanente foi construído pela vontade e empenho dos conselheiros de saúde nos últimos anos. Exemplo disso foi o 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, realizado pelo Conselho Nacional de Saúde, em conjunto com os Conselhos Estaduais de Saúde, os Conselhos Municipais de Saúde, as entidades do movimento popular e sindical e com o apoio da academia, ocorrido em abril de 1995, em Salvador, Bahia. Nesse evento, os conselheiros de todo o Brasil reivindicavam o que, naquela época, chamou-se de Formação de Conselheiros de Saúde.

A partir de 1995, importantes experiências ocorreram, em sua maioria, no âmbito estadual e municipal. Em âmbito regional, registramos o Projeto Nordeste que produziu, entre outros materiais, o "Guia do Conselheiro", que ficou conhecido e foi

utilizado, inclusive, nas capacitações de conselheiros de todo o País. A primeira experiência, em âmbito nacional, foi realizada nos anos de 2000 a 2004 por meio do Programa Nacional de Fortalecimento do Controle Social.

Esse Programa teve caráter nacional, foi financiado com recursos externos, gerenciados pelo Ministério da Saúde, possuía cronograma definido e foi executado por um consórcio de quatro instituições formadoras reconhecidas nacionalmente.

Para o Conselho Nacional de Saúde dar concretude à sua política, considera como expressão máxima a justificativa das Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS, no item que diz: é, pois, de responsabilidade intransferível dos Conselhos de Saúde o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS. Esse processo envolve sujeitos sociais como conselheiros e lideranças, podendo ser realizado pelos próprios conselheiros, instituições e/ou entidades parceiras dos conselhos de saúde, direcionado para a socialização das informações e conhecimentos sobre a efetividade do controle social, a reiteração dos textos da legislação vigente e o acúmulo de experiências políticas de acordo com as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde - SUS.

Assim, ao apresentar esta Política, o Conselho Nacional de Saúde reafirma seu compromisso com o fortalecimento do Controle Social, contribuindo para que os Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal elaborem a sua Política de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde

SUS, considerando as especificidades locais e as diversidades regionais, observando os princípios, as diretrizes e recomendações da Política Nacional.

II - INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS fortalece os Conselhos de Saúde como protagonistas na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde nas três esferas de governo.

Os Conselhos e as Conferências de Saúde, instituídos pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e reconhecidos pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, como instâncias do Sistema Único de Saúde nas esferas nacional,

estadual e municipal, com base em suas experiências e ações de seus componentes buscam desenvolver instrumentos que favoreçam seu desempenho.

Aqui, destaca-se a necessidade da implantação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS contida no Pacto pela Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde deliberou, em setembro de 2005, por meio da Resolução CNS nº 354/2005, sobre as "Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS" e decidiu que, antes de elaborar e deliberar sobre esta Política Nacional, deveria dialogar com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde na busca de uma construção coletiva. Para isso, foram realizadas 6 Oficinas Regionais (Nordeste I - Aracaju/SE, Nordeste II - Fortaleza/CE, Norte - Palmas/TO, Sudeste - Vitória/ES, Sul - Florianópolis/SC e Centro-Oeste - Cuiabá/MT), oportunidade em que foram apresentadas as Diretrizes Nacionais e debatidos os resultados dos cursos de capacitação já realizados nos Estados e nos Municípios e como ocorreu o seu financiamento.

Também, debateram-se os temas estratégicos para a Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS, os objetivos gerais e específicos para a construção da Política Nacional de Educação Permanente, as estratégias de fortalecimento das relações dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional no processo de educação permanente e as formas de multiplicar e disseminar o conteúdo acumulado nesses eventos.

Nas propostas apresentadas pelos participantes das oficinas, destacaram-se questões como: a participação social, a intersetorialidade, a comunicação e informação, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS e o financiamento para o controle social. Essas questões foram acolhidas e transformadas em eixos estruturantes da presente política.

Portanto, a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS foi construída baseando-se nas Diretrizes Nacionais, do referencial acumulado na história dos Conselhos de Saúde, das Conferências de Saúde e das contribuições apresentadas pelos conselheiros de saúde que participaram das seis oficinas regionais, realizadas nos meses de abril e maio de 2006.

III - OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.

Objetivo Geral Atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na Política de Saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde para fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde SUS.

Objetivos Específicos 1. Contribuir para ampliação e qualificação da participação social na formulação, gestão e controle social da Política Pública de Saúde, tendo por base:

a) o entendimento de que saúde é resultante das determinações sociais, econômicas, políticas e culturais e que o enfrentamento de seus problemas envolvem outros setores;

b) a compreensão de que a saúde é um direito do cidadão, dever do Estado e implica acesso às informações e conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive, no que diz respeito aos gastos públicos;

c) a compreensão de que os Conselhos de Saúde representam espaços de manifestação de interesses plurais, freqüentemente conflitantes e negociáveis, tendo como horizonte as Políticas Públicas de Saúde coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS;

e d) a compreensão de que o processo de Educação Permanente para o Controle Social deve contemplar uma abordagem que considere a diversidade da população (faixa etária, população negra, quilombola, indígena, ciganos, da cidade, do campo e da floresta, dentre outras) e instrumentos capazes de alterar a realidade local.

2. Fortalecer os conselheiros de saúde como sujeitos sociais que participam da formulação e deliberação da Política de Saúde como representantes da sociedade, por meio de:

a) reflexões sobre o processo de formulação de Políticas Públicas de Saúde e de mobilização social;

b) discussão dos Princípios, Diretrizes e Políticas do Sistema Único de Saúde - SUS que orientam o modelo de atenção à saúde, a efetivação de sua gestão nas diversas esferas, o papel das Comissões Intergestoras e dos Conselhos de Saúde, as metas a ser alcançadas e os obstáculos que dificultam a sua efetivação;

c) discussão de estratégias de estruturação e articulação de canais permanentes de informações sobre os instrumentos legais

leis, normas, decretos e outros documentos que fazem parte da institucionalização do Sistema Único de Saúde - SUS - alimentados pelos Conselhos de Saúde Municipais, Estaduais, Nacional e do Distrito Federal, de entidades e instituições; e

d) apoio a processos de formação de formadores e multiplicadores para o Controle Social.

3. Desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências sobre o do Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS.

IV - EIXOS ESTRUTURANTES DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE SOCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os seis eixos estruturantes expressam aspectos prioritários para elaboração dos planos de ação dos Conselhos de Saúde e têm a finalidade de atualização e aperfeiçoamento dos conhecimentos dos sujeitos sociais para o envolvimento da sociedade com o Sistema Único de Saúde.

1 - Participação Social A sociedade construiu o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS, como os Conselhos e Conferências de Saúde, definindo espaços de participação social na formulação e deliberação da Política Pública de Saúde.

Os Conselhos de Saúde têm atribuições legais e específicas de controle social. A sua responsabilidade é de contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a construção da Política de Saúde, baseada nos direitos à cidadania de toda a população, em defesa da vida e da saúde, com acesso universal, integral e igualitário.

Os Conselhos de Saúde são formados por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, distribuídos conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333/2003, e devem contribuir para a adesão e participação de todos os segmentos.

Os conselheiros que compõem os Conselhos de Saúde são elos entre o Conselho de Saúde e as instâncias da sociedade as quais representam. Por isso, devem ter como ponto de partida as necessidades da população.

As Plenárias Regionais, Estaduais e Nacional de Conselhos de Saúde representam estratégias de ampliação do Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS, espaços de articulação e troca

de experiências entre os Conselhos de Saúde em todo o Brasil. Atualmente, a Coordenação Nacional é formada por 27 conselheiros eleitos em plenárias estaduais e dois conselheiros eleitos pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde.

As Conferências de Saúde, deliberadas pelos Conselhos de Saúde, reúnem os principais representantes do Sistema Único de Saúde, contemplam e ampliam o Controle Social, trazendo para este espaço democrático a formação, a avaliação e a proposição de políticas que compõem a agenda dos governos e dos Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde, as instituições e as entidades, em conjunto com a população, devem encontrar estratégias pós-conferência para monitoramento das propostas aprovadas na Conferência de Saúde.

Os Conselhos de Saúde contam com outras instituições de Controle Social nas políticas públicas, tais como: Auditorias, Ministério Público, Ouvidorias, Controladorias, Tribunais de Contas, Comissões do Legislativo, entre outros, que devem ser acionados sempre que necessário.

2- Financiamento da Participação e do Controle Social O Controle Social, como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde, é financiado pelas três esferas de governo, com recursos dos tributos, taxas e contribuições sociais que são recolhidas obrigatoriamente da sociedade pelos governos municipais, estaduais e federal. As informações sobre os repasses financeiros realizados pelo Ministério da Saúde aos Estados e aos Municípios estão disponíveis no endereço eletrônico www.datasus.gov.br.

Assim, cada esfera de governo deve cumprir a Emenda Constitucional nº 29, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde, devendo os Municípios aplicar, no mínimo, 15%; os Estados e o Distrito Federal, 12% do produto da arrecadação de impostos; e a União, no mínimo, 5% da variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB.

A esfera municipal executa a maior parte das ações e serviços de saúde. A legislação exige repasse de recursos para as contas especiais dos Fundos de Saúde. Esses recursos devem, obrigatoriamente, explicitar valores e percentuais para o fortalecimento da participação e do Controle Social.

Existem instrumentos de planejamento e execução dos recursos na área da saúde. Os governos municipais, estaduais e federal

elaboram, a cada quatro anos, o Plano Plurianual - PPA. Até abril de cada ano, elaboram a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, para análise e votação do Poder Legislativo e, baseados na LDO, elaboram, até agosto de cada ano, a Lei Orçamentária Anual - LOA, para o ano seguinte. Nesse processo orçamentário, antes de ser enviadas pelo Executivo ao Legislativo, as questões da área da saúde devem ser submetidas à apreciação dos Conselhos de Saúde correspondentes.

A Dotação Orçamentária para o fortalecimento da participação e do Controle Social deve prever recursos financeiros que garantam a estrutura e o funcionamento dos Conselhos de Saúde

espaço físico, recursos financeiros e pessoal - a realização de Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos, deslocamento de conselheiros, equipe técnica, produção de materiais de divulgação, entre outras ações de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde e mobilização social.

Recomenda-se que os Conselhos de Saúde constituam comissões de orçamento e financiamento do Sistema Único de Saúde, para acompanhar, fiscalizar e analisar a execução orçamentária da esfera correspondente.

A partir de um processo de negociação e pactuação entre gestores do Sistema Único de Saúde durante cerca de dois anos, o Ministério da Saúde elaborou o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão e pactuou com a Comissão Intergestores Tripartite. Aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 22 de fevereiro de 2006, e disposto na Subseção I da Seção I do Capítulo I deste Regulamento, o Pacto refere-se às ações a ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social. Destaca-se no Pacto o apoio aos Conselhos de Saúde e Conferências, o processo de formação de conselheiros, a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, a ampliação e qualificação da participação no Sistema Único de Saúde e o processo de mobilização social e institucional em defesa do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a Política de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde deve constar do Termo de Compromisso do referido Pacto nos Municípios, nos Estados e na União.

O Pacto de Gestão prevê a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão que se constituirão em pilares da Gestão do Sistema Único de Saúde, por meio da adesão solidária dos Municípios, dos Estados e da União para a execução das políticas de saúde, ao integrarem as várias formas de repasses de

recursos federais conforme estabelecido na 7ª Diretriz sobre a Participação e o Controle Social.

A Participação Social no Sistema Único de Saúde, como uma Diretriz Constitucional e descrita nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é parte fundamental do Pacto, que descreve como ações o seguinte:

- a) "Apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente seus papéis;
- b) Apoiar o processo de formação de conselheiros;
- c) Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- d) Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no Sistema Único de Saúde - SUS;
- e) Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do Sistema Único de Saúde - SUS; e
- f) Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do Sistema Único de Saúde - SUS na discussão do pacto."

3 - Intersetorialidade A formação de uma consciência sanitária deve considerar a compreensão ampliada de saúde e uma articulação intersetorial com todas as áreas das políticas públicas e sociais.

A Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, - estabelece em seu art. 3º que: "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;

os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País". E o parágrafo único do mesmo artigo:

"Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social."

A construção do plano de saúde é uma ação de educação permanente. O plano de saúde correspondente deve ser elaborado considerando ações e metas com caráter intersetorial, que envolvem outras áreas de políticas públicas com vistas à promoção da saúde e à integralidade na assistência.

Em muitos Estados há espaços de articulação dos Conselhos de Saúde com entidades da sociedade, instituições de ensino e pesquisa, gestores estaduais e municipais de saúde na promoção, em conjunto, de ações de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde.

O tema saúde deve ser desenvolvido junto às instituições de ensino e deve envolver alunos e professores. O conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde na área de educação constitui investimentos na melhoria das ações e dos serviços de saúde.

As relações permanentes entre os Conselhos de Saúde, o Poder Legislativo, o Poder Judiciário e o Ministério Público podem contribuir para a promoção de ações conjuntas de fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde.

4 - Informação e Comunicação em Saúde O processo de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde deve contemplar a informação e a comunicação em saúde para o exercício do Controle Social. Estratégias como Comissões de Comunicação e Informação dos Conselhos de Saúde podem garantir a qualidade das informações na participação e no Controle Social.

Para fortalecer a atuação dos conselheiros de saúde e dos demais sujeitos sociais nos espaços de controle social são necessários investimentos nas áreas de comunicação e informação em saúde.

Nesse sentido, recomenda-se instituir redes interativas de comunicação entre os Conselhos de Saúde.

As estratégias de comunicação e informação devem conter linguagem adequada, incluindo acessibilidade às pessoas com deficiência, conteúdo de interesse para a sociedade local e o uso tanto de meios convencionais, regionais e populares - como o rádio impressos, que possibilitam o amplo acesso - quanto modernos, como a internet. Além disso, é preciso promover iniciativas de comunicação e informação descentralizadas e organizadas em rede para divulgar experiências locais, fortalecer a participação e o Controle Social incentivar os cidadãos a exercer deveres, cobrar seus direitos e responsabilidades dos trabalhadores, gestores, prestadores de serviços de saúde.

5 - Legislação do Sistema Único de Saúde - SUS Esta Política de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde, a Constituição, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, decretos, as resoluções do CNS, as portarias do Ministério da Saúde e o Regulamento do SUS demonstram a evolução do Sistema Único de Saúde e ordenam o seu funcionamento.

Os avanços e conquistas na área da saúde estão garantidos em lei. O conhecimento da legislação e das normas do Sistema Único de Saúde contribui e permite à sociedade apoderar-se das informações que garantem seus direitos e deveres. A utilização da legislação pela sociedade estabelece avanços e aperfeiçoamentos do Sistema Único de Saúde.

V - ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

A partir da aprovação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde, caberá aos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal elaborarem os Planos de Ação e Metas e constituírem Comissões Permanentes para o acompanhamento desta Política.

Os gestores do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais, das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal, ao elaborarem a proposta orçamentária, garantirão recursos orçamentários para a execução da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde e nas ações previstas no Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão.

Os Planos de Ação e Metas devem levar em consideração a diversidade da população, a cultura local, o conhecimento popular e as experiências de Controle Social, a rotatividade de conselheiros de saúde, a seleção e a preparação de materiais acessíveis e inclusivos e a identificação de multiplicadores comprometidos com o Sistema Único de Saúde.

Deverá haver produção de conteúdos para o aprimoramento do funcionamento dos Conselhos de Saúde, como a preparação de conferências, elaboração de atas, de resoluções, de documentos técnicos, entre outros.

O financiamento, previsto em dispositivo do Pacto de Gestão, será na modalidade de repasse fundo a fundo como forma de coparticipação no financiamento da Política Nacional nas três esferas de governo.

Aprovada na 168ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 9, 10 e 11 de agosto de 2006.

D.O.U., 04/09/2009 - Seção 1